



COLECTIVO PREMIUM.

Nro. Solicitud	Nro. Poliza	Nro. Expediente	Emitida el	Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Nro. Zona	Nro. Agencia	Grupo	Página
9982624046	44847951	2479674	21-05-2021 16:51 Hs.	21-05-2021 12:00 Hs.	14-08-2021 12:00 Hs.	50	5051	G2	1 de 1

Tomador: WAYCOM S. A. **Tipo y N° de Documento:** C.U.I.T. - 30708243201
Fecha Nacimiento: Lugar:
Domicilio: AV FRAY L BELIRAN 477 P: D: M: **Localidad:** SAN JOSE DE GUAYMALLEN
Teléfono: **Nacionalidad:** **Estado Civil:** **Actividad:** ADMINISTRACION
Email: activacionesmc@gmail.com **Condición ante IVA:** RESPONSABLE INSCRIPTO **C.U.I.T N°:** 30708243201
Condición Ingresos Brutos: EXENTO
N° Inscripción (Actual): N° Inscripción (Anterior):

Datos de la Póliza

Tipo de Suplemento: Alta y baja de Asegurados

Importe : \$ 0,00.- Moneda de Emisión : PESOS

Queda entendido que el costo informado será prorrateado en las cuotas que se encuentren pendientes y sin vencer al día de la presente modificación.

Personas dadas de Alta

Tipo y Nro. Documento	Fecha Nacimiento	Asegurado	Cód.	Ocupación	Suma Muerte	Suma Invalidez	A.M.F.
D.N.I. 34237345	02/01/1989	MARTINICH, EMANUEL	1112	Administrativos	1.500.000	1.500.000	1.500.000

Personas dadas de Baja

Sit.	Tipo y Nro. Documento	Fecha Nacimiento	Asegurado	Cód.	Ocupación	Suma Muerte	Suma Invalidez	A.M.F.
8	D.N.I. 40001317	07/10/1996	DOMINGUEZ QUIROGA, IVAN	1112	Administrativos	1.500.000	1.500.000	1.500.000

Edades máximas de contratación de 16 a 80 años.

El premio es estimativo hasta confirmar condiciones de IVA, Ing. Brutos y edades.

Lugar y Fecha: **CORONEL DORREGO-MZA 21/05/2021 16:51:17 p.m.** Agencia Interviniente: **AVILA, ADRIAN MARCELO**
 Se hace constar que el suscriptor de esta solicitud declara conocer y aceptar íntegramente las condiciones Generales y Particulares que se aplican en la Póliza que solicita.
 El cliente toma conocimiento que ante cualquier pago que debe realizarse en virtud de la Póliza y/o de cualquier cesión de derecho o cambio de beneficiario y/o anulación, le serán solicitados requisitos de información y documentación, en cumplimiento de lo establecido por la Ley 25.246 y normativas reglamentarias.
 En mi carácter de tomador, declaro bajo juramento que los fondos a ser aplicados a la operación de seguros a que se refiere la presente propuesta, son lícitos y provienen de la actividad declarada (Ley 25.246 y normativas reglamentarias).
 Cláusula 14 - RETICENCIA: " Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurado hubiese sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato."

DA0DC330RE0

Para el uso de Administración
Acceptado por:
Póliza Nro.:

Firma Agente

Firma Tomador/Asegurado

COLECTIVO PREMIUM.

Solicitud N°: 9982624046
Tomador (Contratante): WAYCOM S. A.
Póliza: 44847951 Expediente: 2479674

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Asegurado: MARTINICH, EMANUEL Tipo y N° de Documento: D.N.I. - 34237345
Fecha Nacimiento: 02/01/1989 Nacionalidad: ARGENTINA
Sexo: Masculino Estado Civil: SOLTERO/A
Domicilio: B PALMIRA CARRIL BARRIALES N°: 865 Piso: Dto:
Localidad: GENERAL SAN MARTIN CP: 557002 Provincia: MENDOZA Telefono:
Actividad: EMPLEADO/A Condición ante el IVA: CONSUMIDOR FINAL
Ocupacion (indique actividad principal y secundario): Administrativos
El firmante declara bajo juramento que NO es una Persona Politicamente Expuesta - Res UIF 52/2012

¿Utiliza maquinas con fuerza motriz? NO
¿Tiene alguna incapacidad preexistente? NO
¿Padece o ha padecido enf.graves o acc.? NO
¿Tiene defectos físicos? NO
¿Es sordo total o parcial del oído derecho? NO
¿Es sordo total o parcial del oído izquierdo? NO
Declara ser zurdo NO

OTROS DATOS

¿Tiene o está tramitando otro seguro de A.P.? NO

EN QUE RIESGOS Y POR QUE SUMAS ASEGURA?

- A) En caso de muerte por accidente : \$ 1.500.000,00.-
- B) En caso de incapacidad permanente : \$ 1.500.000,00.-
- C) En caso de asistencia médico y farmacéutica : \$ 1.500.000,00.-

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Cta Parte	Orden
-------------------	-----------	-------

Lugar y Fecha: CORONEL DORREGO-MZA 21/05/2021 16:51:17 p.m.

Firma del Tomador

Firma del Asegurado

Aclaración:

Tipo y N° de documento: