SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA.
Casa Central: Av. 7 Nº 755 (B1900TFV)
La Plata - Buenos Aires - Argentina
Tel.: (0221) 513-3200 - Fax: (0221) 425-4567

SEGURO DE VEHICULOS AUTOMOTORES Y/O REMOLCADOS

CERTIFICADO DE COBERTURA

PÓLIZA N° 43/02/446126	ASEGURADO CUNEO LUIS RUBEN CARLOS
MATRÍCULA 1446833.6	DOMICILIO GANDOLFO NRO 3840 (1646) SAN FERNANDO BS. AS.
CERTIFICADO Nº 43/02/446126	

VIGENCIAS

Vigencia desde las 12 hs.del 21/12/2016 hasta las 12 hs.del 21/06/2017

OBJETO DEL SEGURO

OMNIBUS OMNIBUS Modelo: 2005 Marca: MERCEDES BENZ 1115-L46TA Asientos: 42
Motor: 904925-00-611444 Chassis: 8AB3900535A130717 Pat.: EWO659 Uso: OMNIBUS ESCOLAR

COBERTURAS al 17/02/2017

1- Responsabilidad Civil hacia Terceros Transportados y No Transportados:
Suma Maxima por Acontecimiento $ 30.000.000
2- Robo/Hurto: Total y Parcial Incendio: Total y Parcial
Destruccion Total por Acc. $ 270.000
Con Clausula de Ajuste de hasta 20 %
Cantidad de Asientos: 42

OTROS

Le recordamos que puede consultar las Condiciones de su Seguro, obtener la copia, comprobantes de pago y facturas en nuestro sitio Web www.segurosrivadavia.com, ingresando al sistema de Autogestion para Asegurados.
Imprima solo la documentacion necesaria. Piense en nuestro medio ambiente.

La Plata, 17 de febrero de 2017.



Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS RIVADAVIA

SEGURO OBLIGATORIO AUTOMOTOR

Conforme Decreto 1716/08 (Reg. Ley Nacional 26363)

Asegurado:CUNEO LUIS RUBEN CARLOS
Poliza:43/02/446126 Patente:EWO659
Marca :MERCEDES BENZ 1115-L46TA
Modelo:2005 Uso:OMNIBUS ESCOLAR
Motor :904925-00-611444
Chasis:8AB3900535A130717
Vigencia desde las 12 hs.del 21/12/2016
hasta las 12 hs.del 21/06/2017



Rosana Ibarrart
Gerente General

La posesión de este comprobante obligatorio será prueba suficiente del seguro obligatorio de automotores exigido por el art. 68 de la ley 24.449. Conforme al Art. 2 de la Disp. Nº 70/2009 de la AGENCIA NACIONAL DE SEGURIDAD VIAL, la falta de portación del recibo de pago de la prima del seguro obligatorio por parte del conductor del vehículo no podrá ser aducida por la autoridad de constatación para determinar el incumplimiento de los requisitos para la circulación.

COMO ACTUAR EN CASO DE SINIESTRO

- Siniestros con Lesionados o Fallecidos 0810-222-3456.
- Diríjase a la dependencia policial más próxima al lugar del hecho y realice le respectiva denuncia (no es necesario, si no están involucradas personas lesionadas).
- Si existen lesionados, asístalos y solicite ayuda a la policía, bomberos y/o emergencias médicas, a fin de cumplimentar rápida asistencia.
- Denuncie el hecho en nuestra empresa dentro de las 72 horas.
- No acepte reclamos, ni haga transacciones, ni reconozca indemnizaciones y/o culpabilidad sin autorización por escrito de Seguros Rivadavia. Intente obtener testigos imparciales.

SEGUROS RIVADAVIA

Condiciones Particulares

Poliza: 43/02/446126 Asegurado: CUNEO LUIS RUBEN CARLOS

Detalle de Personas Fisicas y/o Juridicas (en adelante "El/Los Subrogados") alcanzadas por la Clausula Adicional nro.:
CA-CO 13.1
-
30-99900605-8 MUNICIPALIDAD DE VTE LOPEZ----------
30-52982680-6 ASOCIACION ESCOSESA SAN ANDRES----------

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION
SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA. - Casa Central: Avenida 7 Nº 755 - B1900DHB - LA PLATA - Telefax (0221) 427-0550/0551 - CUIT:30-50005031-0

ASEGURADO CUNEO LUIS RUBEN CARLOS **MAT.** 1446833.6 CUIL 23-08242386-9

DOMICILIO GANDOLFO NRO 3840 P 226.1
(1646) SAN FERNANDO BS. AS. 43-0-00226-00226-22

Entre **SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOPERATIVA LIMITADA** (en adelante **"el Asegurador"**) y el solicitante (en adelante **"el Asegurado"**) se conviene en celebrar un contrato de seguro, sujeto a las condiciones, exclusiones y límites de la presente póliza.
Póliza aprobada por SSN. Expediente 12404 - Resolución 6609 - 24/02/1964.

POLIZA DE SEGURO DE ACCID. PERSONALES **NUMERO** 43/014066-000

VIGENCIA

EMISION 05/12/2016 **desde las 12 hs. del** 22/12/2016 **hasta las 12 hs. del** 22/12/2017 **DIAS DE VIGENCIA** 365

LUGAR DE EMISION: La Plata

OBJETO DEL SEGURO

CONSECUENCIA DE ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO INDICADO EN LA NOMINA ADJUNTA,OCURRIDOS DURANTE EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL ESPECIFICA.

ACTIVIDAD: CHOFER DE TRANSPORTE ESCOLAR
COBERTURAS: MUERTE POR ACCIDENTE $ 50000
INCAP. PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL $ 50000
BENEFICIARIO: EN UN TODO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA CLAUSULA 9 DE LAS CONDICIONES PARTICULARES.

Las cláusulas adicionales y endosos cuyos números se insertan a continuación, forman parte integrante de este seguro, quedando nulos y sin ningún valor los no mencionados a aquí: ANEXO I - (RES. NRO. 21.523/92 - S.S.N.)

002-009-011-095

(1) PRIMA PURA

(2) CARGO FINANCIERO

(3) TASA S.S.N. 0,60% I.V.A. 21,00%
LEY 19518 0,50%

C.S. 31,00
DJ.INSC. 30-50005031-0
FORMA DE PAGO: CONTADO Y 1 CUOTA A LOS 30 DIAS

COD.PAGO ELECTRONICO BANELCO: 4306014066000000
PRODUCTOR: RABINOVICH FABIANA ALEJANDRA MAT.: 39003
TNA: 21,0% - TEA: 23,120% - (Tasa calculada sobre vigencia anual con pagos mensuales)

PRIMA (1)	89,90
RECARGOS (2)	9,20
SUBTOTAL	99,10
IMPUESTOS Y TASAS (3)	52,90
PREMIO $	152,00

IMPORTANTE: La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs.; o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.
ADVERTENCIA: Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Artículo 12 de la Ley de Seguros).
Los vocablos "Asegurado", "Tomador" o "Contratante" se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dárseles el significado que corresponda, según las circunstancias del caso.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento de la Actividad Aseguradora Según lo establecido en la Res. UIF 202/15 (art 26), le comunicamos que en ocasión que deba realizarse un pago en virtud de la póliza; o al momento de realizarse una cesión de derechos, un cambio de beneficiarios, o una anulación, la aseguradora podrá requerir información adicional de acuerdo a lo establecido por dicho organismo.

Rosana Ibarrart
Gerente General

Frente de Póliza

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 43/014066

TOMADOR

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE EL TITULAR DE LA POLIZA CONTRATA EL SEGURO EN CALIDAD DE TOMADOR, SIENDO LOS ASEGURADOS, LOS INDICADOS EN LA NOMINA ADJUNTA.

DESIGNACION DE BENEFICIARIO

EL BENEFICIARIO EN PRIMER TERMINO SERA EL TOMADOR HASTA LA CONCURRENCIA DE SU RESPONSABILIDAD.

ALCANCE LABORAL SUBRAMO INDIVIDUAL

QUEDA CONVENIDO QUE MEDIANTE LA PRESENTE POLIZA, SE CUBREN UNICAMENTE, LOS ACCIDENTES OCURRIDOS A LA PERSONA INDICADA COMO ASEGURADO, DURANTE EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL ESPECIFICA O EN EL TRAYECTO ENTRE EL DOMICILIO DEL TRABAJADOR Y EL LUGAR DEL TRABAJO, SIEMPRE Y CUANDO EL DAMNIFICADO NO HUBIERE INTERRUMPIDO O ALTERADO DICHO TRAYECTO POR CAUSAS AJENAS AL TRABAJO (IN-ITINERE).

ENDOSO A TERCEROS

ENDOSADO A FAVOR DE: MUNICIPALIDAD DE VICENTE LOPEZ 30-99900605-8
ASOCIACION ESCOSESA SAN ANDRES 30-52982680-6

SE DEJA CONSTANCIA QUE LA ASEGURADORA RENUNCIA EN FORMA EXPRESA A INICIAR TODA ACCION DE REPETICION O DE REGRESO CONTRA EL "ENDOSATARIO", SUS DIRECTORES, FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS, BIEN SEA CON FUNDAMENTO EN EL ART. 39.5 DE LA LEY 24.557 O EN CUALQUIER OTRA NORMA, CON MOTIVO DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIE O DINERARIAS QUE SE VEA OBLIGADA A OTORGAR O ABONAR AL PERSONAL DEPENDIENTE O EX-DEPENDIENTE DE LA EMPRESA CONTRATISTA POR ACCIDENTES DEL TRABAJO O ENFERMEDADES PROFESIONALES SUFRIDOS O CONTRAIDO POR EL HECHO EN OCASION DEL TRABAJO O EN EL TRAYECTO ENTRE EL DOMICILIO DEL TRABAJADOR Y EL LUGAR DE TRABAJO.

EL ASEGURADOR SE OBLIGA A COMUNICAR AL "ENDOSATARIO", EN FORMA FEHACIENTE, LOS INCUMPLIMIENTO A LA POLIZA EN QUE INCURRA EL ASEGURADO, Y ESPECIALMENTE LA FALTA DE PAGO EN TERMINO DE LA MISMA, DENTRO DE LOS 10 DIAS DE VERIFICADOS.

ADVERTENCIA: MEDIOS HABILITADOS PARA EL PAGO.
LOS ÚNICOS SISTEMAS HABILITADOS PARA PAGAR PREMIOS DE CONTRATOS DE SEGUROS SON LOS SIGUIENTES:
A) ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN COBRANZA, REGISTRO Y PROCESAMIENTO DE PAGOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS HABILITADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
B) ENTIDADES FINANCIERAS SOMETIDAS AL RÉGIMEN DE LA LEY N°21.526.
C) TARJETAS DE CRÉDITO, DÉBITO O COMPRAS EMITIDAS EN EL MARCO DE LA LEY N°25.065.
D) MEDIOS ELECTRÓNICOS DE COBRO HABILITADOS PREVIAMENTE POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION A CADA ENTIDAD DE SEGUROS, LOS QUE DEBERÁN FUNCIONAR EN SUS DOMICILIOS, PUNTOS DE VENTA O COBRANZA. EN ESTE CASO, EL PAGO DEBERÁ SER REALIZADO MEDIANTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FORMAS: EFECTIVO EN MONEDA DE CURSO LEGAL, CHEQUE CANCELATORIO LEY N°25.345 O CHEQUE NO A LA ORDEN LIBRADO POR EL ASEGURADO O TOMADOR A FAVOR DE LA ENTIDAD ASEGURADORA.

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA.
Casa Central: Av. 7 Nº 755 (B1900TFV)
La Plata - Buenos Aires - Argentina
Tel.: (0221) 513-3200 - Fax: (0221) 425-4567

COMPROBANTE DE PAGO

NÚMERO DE OPERACIÓN:	----------	TERMINAL:	--------
REGISTRADA:	23/11/2016	HORA:	12:34:07
APELLIDO Y NOMBRE:	CUNEO LUIS RUBEN CARLOS		
MATRÍCULA:	1446833.6	RAMO:	AUTOMOTORES
ZONA/PÓLIZA:	43/376167	PATENTE: EWO659	CUOTA: 06

MONTO: PESOS
DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE_____
_____
_____

SON:	$ *****2479,00	VENC. CUOTA: 21/11/2016	PRÓX. VENC.: 21/12/2016

CENTRO DE ATENCIÓN: CALLE 79 (AYACUCHO) NRO.2275 - SAN MARTIN

Form. 01.105