SEGUROS RIVADAVIA

**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

CAJA 41 12/06/2017 41 SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOPERATIVA LIMITADA

## COMPROBANTE DEFINITIVO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE OPERACIÓN: | 0132097229 | TERMINAL: | N41 |
| REGISTRADA: | 12/06/2017 | HORA: | 10:19:00 |
| APELLIDO Y NOMBRE: | LIPAROTI JOSE LUIS | | |
| MATRÍCULA: | 1596597.0 | RAMO: | ACCID. PERSONALES |
| ZONA/PÓLIZA: | 41/027586 | PATENTE: | CUOTA: 01 |

MONTO: PESOS
CIENTO QUINCE_____

| | | |
|---|---|---|
| SON: $ ******115,00 | VENC. CUOTA: 30/06/2017 | PRÓX. VENC.: 30/07/2017 |

CENTRO DE ATENCIÓN: AVENIDA ENTRE RIOS 1560 - BUENOS AIRES

Form. 01.105

**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** LIPAROTI JOSE LUIS **MAT.** 1596597.0 CUIL 20-16461251-2

**DOMICILIO** EDISON NRO 1562 P 6031.9
(1640) MARTINEZ BS. AS. 41-0-06031-06031-30

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** 41/027586-000

**VIGENCIA**

**EMISION** 02/06/2017 **desde las 12 hs. del** 05/06/2017 **hasta las 12 hs. del** 05/06/2018 **DIAS DE VIGENCIA** 365

LUGAR DE EMISION: La Plata

**OBJETO DEL SEGURO**

CONSECUENCIA DE ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO. (ALCANCE 24HS)

ACTIVIDAD: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
COBERTURAS: MUERTE POR ACCIDENTE $ 100000
INCAP. PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL $ 100000
ASIST.MEDICA Y FARMACEUTICA $ 10000 FRANQUICIA $ 200,00
BENEFICIARIOS: LIPAROTI JOSE LUIS

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.)
002-010-011-095

(1) PRIMA PURA

(2) CARGO FINANCIERO

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

C.S. 62,00
DJ.INSC. 30-50005031-0
FORMA DE PAGO: CONTADO Y 4 CUOTAS CADA 30 DIAS

COD.PAGO ELECTRONICO BANELCO: 4106027586000000
PRODUCTOR: SAN JOAQUIN OMAR CARLOS MAT.: 6743
TNA: 21,0% - TEA: 23,120% - (Tasa calculada sobre vigencia anual con pagos mensuales)

| | |
|---|---|
| **PRIMA** (1) | 382,10 |
| **RECARGOS** (2) | 38,05 |
| | |
| **SUBTOTAL** | 420,15 |
| **IMPUESTOS Y TASAS** (3) | 154,85 |
| **PREMIO** $ | 575,00 |

**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

SEGUROS RIVADAVIA

# Frente de Póliza



POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 41/027586

SE DEJA CONSTANCIA QUE LA PRESENTE COBERTURA AMPARA RIESGOS DE HASTA 4 (CUATRO) METROS DE ALTURA.

COMPLEMENTO ASISTENCIA MEDICA Y FARMACEUTICA

COMPLEMENTO CLAUSULA 10 DE LAS CONDICIONES PARTICULARES: A LOS EFECTOS DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA MEDICA Y FARMACEUTICA, SE CONVIENE QUE SERA DE APLICACION UN DEDUCIBLE DE $ 200,00 A CARGO DEL CONTRATANTE, POR TODO Y CADA SINIESTRO.

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.

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.



Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS RIVADAVIA

# Frente de Póliza



POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES

NUMERO: 41/027586

| APELLIDO Y NOMBRES | FECHA DE ALTA | FECHA DE BAJA |
|---|---|---|
| LIPAROTI JOSE LUIS | 05/06/2017 | |

Rosana Ibarrart
Gerente General