SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

ASEGURADO PONGA JORGE ALBERTO MAT. 3660410.1 CUIL 23-17022916-9

DOMICILIO RICHIERI NRO 4508 P 226.1
(1702) CIUDADELA BS. AS. 43-0-00226-00226-19

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.

[redacted] NUMERO 43/016899-000

VIGENCIA
EMISION 16/06/2017 desde las 12 hs. del [redacted] hasta las 12.hs. del [redacted] DIAS DE VIGENCIA 365

LUGAR DE EMISION: La Plata

OBJETO DEL SEGURO

CONSECUENCIA DE ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO, OCURRIDOS DURANTE EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL ESPECIFICA.

ACTIVIDAD: CHOFER VEHICULOS PARTICULARES, TAXIS, REMISE Y MICROS CORTA DIST
COBERTURAS: MUERTE POR ACCIDENTE $ 50000
INCAP. PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL $ 50000
BENEFICIARIOS: HEREDEROS LEGALES

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.)

002-011-095

(1) PRIMA PURA				PRIMA (1)	89,90
(2) CARGO FINANCIERO				RECARGOS (2)	9,08
(3) TASA S.S.N.	0,60%	I.V.A.	21,00%		
		LEY 19518	0,50%	SUBTOTAL	98,98
C.S.	30,00			IMPUESTOS Y TASAS (3)	51,87
DJ.INSC. 30-50005031-0					
FORMA DE PAGO: CONTADO				PREMIO $	150,85

COD.PAGO ELECTRONICO BANELCO: 4306016899000000
PRODUCTOR: RABINOVICH FABIANA ALEJANDRA MAT.: 39003
TNA: 21,0% - TEA: 23,120% - (Tasa calculada sobre vigencia anual con pagos mensuales)

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

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

SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES

NUMERO: 43/016899

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: ASOCIACION ESCOSESA SAN ANDRES CUIT 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 Nº21.526.

C) TARJETAS DE CRÉDITO, DÉBITO O COMPRAS EMITIDAS EN EL MARCO DE LA LEY Nº25.065.

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 Nº25.345 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

PAGINA 3

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES

NUMERO: 43/016899

APELLIDO Y NOMBRES	FECHA DE ALTA	FECHA DE BAJA
PONGA JORGE ALBERTO-	19/06/2017	

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante PONGA JORGE ALBERTO Mat:3660410.1 Poliza:43/016899
Domicilio: RICHIERI 4508 CIUDADELA

El Contratante ha suscripto un seguro de Accidentes Personales, en un todo de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares que forman parte del presente contrato, cuyas condiciones son:

Vigencia: desde el 19/06/2017 hasta el 19/06/2018

Actividad: CHOFER VEHICULOS PARTICULARES, TAXIS, REMISE Y MICROS CORTA DISTANC
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado, ocurridos durante el desarrollo de su actividad laboral especifica.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 50000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 50000.
Beneficiario
HEREDEROS LEGALES
Endosos: 002 011 095

Productor: 226.1

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $2.500.
Asistencia Familiar: en caso de fallecimiento por cualquier causa se abonara la suma de $3.000 a los Beneficiarios designados o herederos legales nunca el contratante .
Gastos de Alojamiento y Traslado: con motivo del accidente sufrido por la persona Asegurada a mas de 100 KM. de su domicilio habitual se reintegrara hasta $1.000 por gastos.

Endosado favor de: ASOCIACION ESCOSESA SAN ANDRES CUIT 30-52982680-6
Se deja costancia 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 sea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o exdependiente de la Empresa Contratista por Accidentes del Trabajo o enfermedes 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 a "El Endosatario", en forma fehaciente, los incumplimentos a la poliza en que incurra el Asegurado, y especialmente

---

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA. - Casa Central: Avenida 7 Nº 755 - LA PLATA - Telefax (0221) 513-3200 - 427-0550

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

la falta de pago en termino de la misma, dentro de los 10 dias de verificados.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 19 dias del mes de junio de 2017.

Le recordamos que puede consultar las Condiciones de su Seguro, obtener la copia, comprobantes de pago y facturas en nuestro sitio 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 BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA. - Casa Central: Avenida 7 Nº 755 - LA PLATA - Telefax (0221) 513-3200 - 427-0550

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Nomina de la Poliza 43/016899
de Accidentes Personales

Apellido y Nombres	Fecha de Alta
PONGA JORGE ALBERTO-	19/06/2017

SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

ASEGURADO PONGA JORGE ALBERTO MAT. 3660410.1 CUIL 23-17022916-9

DOMICILIO RICHIERI NRO 4508 P 226.1
(1702) CIUDADELA BS. AS. 43-0-00226-00226-19

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.

[redacted] NUMERO 43/016899-000

VIGENCIA
EMISION 16/06/2017 desde las 12 hs. del [redacted] hasta las 12.hs. del [redacted] DIAS DE VIGENCIA 365

LUGAR DE EMISION: La Plata

OBJETO DEL SEGURO

CONSECUENCIA DE ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO, OCURRIDOS DURANTE EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL ESPECIFICA.

ACTIVIDAD: CHOFER VEHICULOS PARTICULARES, TAXIS, REMISE Y MICROS CORTA DIST
COBERTURAS: MUERTE POR ACCIDENTE $ 50000
INCAP. PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL $ 50000
BENEFICIARIOS: HEREDEROS LEGALES

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.)

002-011-095

(1) PRIMA PURA				PRIMA (1)	89,90
(2) CARGO FINANCIERO				RECARGOS (2)	9,08
(3) TASA S.S.N.	0,60%	I.V.A.	21,00%		
		LEY 19518	0,50%	SUBTOTAL	98,98
C.S.	30,00			IMPUESTOS Y TASAS (3)	51,87
DJ.INSC. 30-50005031-0					
FORMA DE PAGO: CONTADO				PREMIO $	150,85

COD.PAGO ELECTRONICO BANELCO: 4306016899000000
PRODUCTOR: RABINOVICH FABIANA ALEJANDRA MAT.: 39003
TNA: 21,0% - TEA: 23,120% - (Tasa calculada sobre vigencia anual con pagos mensuales)

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

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

SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES

NUMERO: 43/016899

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: ASOCIACION ESCOSESA SAN ANDRES CUIT 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 Nº21.526.

C) TARJETAS DE CRÉDITO, DÉBITO O COMPRAS EMITIDAS EN EL MARCO DE LA LEY Nº25.065.

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 Nº25.345 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

PAGINA 3

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES

NUMERO: 43/016899

APELLIDO Y NOMBRES	FECHA DE ALTA	FECHA DE BAJA
PONGA JORGE ALBERTO-	19/06/2017	

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante PONGA JORGE ALBERTO Mat:3660410.1 Poliza:43/016899
Domicilio: RICHIERI 4508 CIUDADELA

El Contratante ha suscripto un seguro de Accidentes Personales, en un todo de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares que forman parte del presente contrato, cuyas condiciones son:

Vigencia: desde el 19/06/2017 hasta el 19/06/2018

Actividad: CHOFER VEHICULOS PARTICULARES, TAXIS, REMISE Y MICROS CORTA DISTANC
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado, ocurridos durante el desarrollo de su actividad laboral especifica.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 50000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 50000.
Beneficiario
HEREDEROS LEGALES
Endosos: 002 011 095

Productor: 226.1

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $2.500.
Asistencia Familiar: en caso de fallecimiento por cualquier causa se abonara la suma de $3.000 a los Beneficiarios designados o herederos legales nunca el contratante .
Gastos de Alojamiento y Traslado: con motivo del accidente sufrido por la persona Asegurada a mas de 100 KM. de su domicilio habitual se reintegrara hasta $1.000 por gastos.

Endosado favor de: ASOCIACION ESCOSESA SAN ANDRES CUIT 30-52982680-6
Se deja costancia 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 sea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o exdependiente de la Empresa Contratista por Accidentes del Trabajo o enfermedes 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 a "El Endosatario", en forma fehaciente, los incumplimentos a la poliza en que incurra el Asegurado, y especialmente

---

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA. - Casa Central: Avenida 7 Nº 755 - LA PLATA - Telefax (0221) 513-3200 - 427-0550

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

la falta de pago en termino de la misma, dentro de los 10 dias de verificados.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 19 dias del mes de junio de 2017.

Le recordamos que puede consultar las Condiciones de su Seguro, obtener la copia, comprobantes de pago y facturas en nuestro sitio 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 BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA. - Casa Central: Avenida 7 Nº 755 - LA PLATA - Telefax (0221) 513-3200 - 427-0550

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Nomina de la Poliza 43/016899
de Accidentes Personales

Apellido y Nombres	Fecha de Alta
PONGA JORGE ALBERTO-	19/06/2017