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

RABINOVICH FABIANA A.
ARTIGAS 6696
JOSE L.SUAREZ
4729-1014/2228

Poliza N°: **43-14066**
Endoso N°: **0**
Solicitud N°: **0**
Vencimiento: **22/12/2016**

R E C I B O

Copia: ORIGINAL

Recibo N°: 63,108

Fecha: 12 / 1 / 16

Recibimos de (1149) CUNEO LUIS RUBEN CARLOS , la cantidad de (Ciento Cincuenta y Dos pesos con Cero Centavos) en concepto de pago por la póliza de la Compania SEGUROS B RIVADAVIA COOP.LTDA.

Detalle del Riesgo: MUERTE E INCAPACIDAD
Vigencia: **22/12/2016 al 22/12/2017**
Capital Asegurado: $ 50,000.00 Pesos

Seccion: 6 Acc. Personales
Premio: $ 152.00 Pesos

Aviso: Cuota Unica

FABIANA A. RABINOVICH
PRODUCTORA Y ASESORA
DE SEGUROS
MAT. 39003

Saldo Anterior:	**0.00**	Pesos
Importe Cuota (1/1):	**152.00**	Pesos
Coeficiente:		
Importe Neto:		Pesos

Domicilio: GANDOLFO 3840 - Localidad:SAN FERNANDO - Teléfono:
Cobrador: 1 - COBRADOR
CUIT: 23-17352048-4 I.B.: 902-799901-6 JUB.: