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** 43/019461-000

VIGENCIA

EMISION 04/12/2017 **desde las 12 hs. del** 22/12/2017 **hasta las 12 hs. del** 22/12/2018 **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. 30,00
DJ.INSC. 30-50005031-0
FORMA DE PAGO: CONTADO

COD.PAGO ELECTRONICO BANELCO: 4306019461000000
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)	10,84
SUBTOTAL	100,74
IMPUESTOS Y TASAS (3)	52,26
PREMIO $	153,00

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