SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA
Casa Central: Avenida 7 Nº 755 – La Plata – Bs. As
Teléfono: 0810-999-3200
Info@segurosrivadavia.com -www.segurosrivadavia.com

CERTIFICADO DE COBERTURA

Se certifica por medio del presente que la Empresa TRANSPORTES Y SERVICIOS AUTOCAM S.R.L., cuit 30-71123335-7, ha suscripto con Seguros Bernardino Rivadavia Cooperativa Limitada un contrato de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio con el objeto de asegurar a sus trabajadores en relación de dependencia conforme a lo dispuesto por el decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional y la resolución Nro. 26871 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, sus modificaciones y/o actualizaciones.----------

Contrato Nro: 23/020729

Vigencia: Desde las cero horas del día 01/02/2023 hasta las veinticuatro horas del día 31/01/2024

Nómina del Personal:

CUIT	APELLIDO Y NOMBRE
20 18620341 1	ARANCIVIA OSCAR EDUARDO
20 18888737 7	MORAGA QUINAN MAURICIO ALEJANDRO
20 20935316 5	VIVAR MANUEL ANTONIO
20 21586268 3	BUSTOS VICTOR ALEJANDRO
20 21586419 8	DEIPENAU CARLOS FRANCISCO
20 22055500 4	DELGADO CLAUDIO DAMIAN
20 22067566 2	BENITEZ EDGAR WALTER
20 27034786 0	PALACIO DANIEL ADRIAN
20 31513820 6	SAIPE MAURICIO SEBASTIAN
20 33736047 6	LIBUTZKI EMILIANO SEBASTIAN
20 34427146 2	FIGUEROA PATRICIO ARIEL
20 36672476 2	ARAYA HECTOR YAMIL
20 37624157 3	ARAYA FEDERICO SEBASTIAN
20 37966227 8	ORTIZ CARLOS EMANUEL
20 40157321 7	LASTERO RUBEN DARIO
20 95419975 5	GRATERO ROSARIO AARON DAVID
24 28531544 8	ACOSTA PABLO ERNESTO
27 18506248 7	GONZALEZ ELISABET

En la ciudad de La Plata, a los 27 días del mes de ENERO de 2023.

Lic. Gustavo N. Manilla
GERENTE DE DIRECCIÓN TÉCNICA

SEGUROS RIVADAVIA

DADC7E9AABCD4F3A936738CC2399020729000

Condiciones Particulares

ASEGURADO TRANSPORTES Y SERVICIOS AUTOCAM S.R.L. **MATRICULA** 1477474.7

DOMICILIO HUGO MANSON NRO 203
(9000) C.RIVADAVIA CHUBUT **COBRADOR** 23-0-06721-067

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1.567/74 **NUMERO** 23/020729/000

EMISION: 01/02/2023 **VIGENCIA:** **desde** 01/02/2023 **hasta** 31/01/2024 **CAPITAL ASEGURADO:** $ 6.171.000,00

IMPORTE TOTAL: $ 1282,14 **PLAN DE PAGOS:** CONTADO **DEPENDIENTES:** 34 **RIESGO CUBIERTO:** **MUERTE**

PERIODO FACTURADO DEL 01/02/2023 AL 28/02/2023

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Rosana Ibarrart
Gerente General

Artículo 1: Objeto.
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 1.567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia, cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Único de la Seguridad Social.

Artículo 2: Exclusiones.
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley Nº 16.600.
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Artículo 3: Prestación.
La prestación establecida por el Decreto Nº 1.567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

Artículo 4: Contratación del Seguro.
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1.567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

Artículo 5: Prima - Suma Asegurada -variación del capital asegurado- Ajuste de Primas.
El costo del seguro estará a cargo del empleador.
La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.
La prima se fija en $ 0,205 (pesos doscientos cinco milésimos) mensuales por cada $ 1.000 (pesos mil).
La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, la cual será comunicada anualmente por la Superintendencia de Seguros de la Nación con la suficiente antelación a fin de proceder a los ajustes necesarios.

Artículo 6: Autorización para operar en la Cobertura.
Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1.567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1.567/74" que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.
En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1.567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán, copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informará la fecha y el número de Resolución de Superintendencia de Seguros de la Nación que la autoriza a operar en la Rama Vida.

Artículo 7: Solicitud del Seguro - Emisión de la Póliza - Nómina del Personal asegurado.
Solicitud del Seguro:
Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:
a)copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", ambos a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).
b) Constancia de baja de la cobertura correspondiente al período anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay en caso de corresponder, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período.
A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS, o el que figure en el Listado de Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación".
Cuando el tomador empleador-contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Única de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener esta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.
Emisión y entrega de póliza - Fecha de inicio de vigencia:
Las aseguradoras emitirán las pólizas en donde la fecha de inicio de vigencia sea coincidente con el primer día del mes calendario. Esto también es aplicable a las renovaciones.
Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los 15 (quince) días de celebrado el contrato.
Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1.567/74" y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC).
A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique:
a) Aseguradora donde se encuentre vigente la cobertura, domicilio, teléfonos, y dirección electrónica.
b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo i) del presente.
c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la Superintendencia de Seguros de La Nación, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica.
El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo un (1) tamaño de sesenta centímetros (60 cm) de alto por cuarenta y cinco centímetros (45 cm) de ancho.
Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas

a entregar los mismos de manera gratuita a todos los tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos 1 (uno) afiche por cada establecimiento.
La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores - tomadores del seguro, quienes expondrán al menos 1 (uno) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores.
Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción.
Es de exclusiva responsabilidad del empleador - tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

Artículo 8: Designación de Beneficiarios.
Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 15 (quince) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que como Anexo ii) forma parte del presente.
En el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.
En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241.
A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.
El comprobante de Incorporación al seguro y de Designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.
El original y duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.
El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

Artículo 9: Vigencia - Período de Carencia por Inicio de Actividad - Traspaso de Aseguradora.
Únicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá 30 (treinta) días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha.
Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora 0 (cero) del trigésimo primer día posterior a la solicitud del seguro.
Las aseguradoras al emitir las pólizas correspondientes por inicio de actividades de los empleadores, deberán tomar en consideración lo establecido en el Artículo 7° del presente Anexo.
En el caso en que el tomador hubiera contratado la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1.567/74 en una entidad aseguradora y:
a) Resolviera contratarla con otra, existiendo continuidad asegurativa, no le alcanza el plazo de carencia mencionado en el presente artículo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los artículos 7º y 8º del presente reglamento.
b) Durante la vigencia de la misma decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del día primero del mes calendario siguiente a la baja de la anterior cobertura. Para emitir la nueva póliza, la entidad aseguradora deberá exigir al tomador-empleador una constancia de baja de cobertura, emitida por la anterior aseguradora desde el Sistema Kausay, a fin de evitar que un mismo empleador posea mas de una póliza vigente para un mismo período.
La responsabilidad del asegurador comienza a la hora 0 (cero) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a la hora 24 (veinticuatro) del último día de vigencia estipulado.

Artículo 10: Derecho de Emisión, Gastos de Administración y reconocimiento de participación a Productores Asesores de Seguros - Exención de Tasa Uniforme.
El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:
hasta 25 asegurados $ 12.
entre 26 y 50 asegurados $ 17.
más de 50 asegurados $ 25.
El tomador - empleador, cuando corresponda, declarará y abonará el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS.
De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un veintidós con setenta por ciento (22,70 %), para atender los gastos de administración de esta cobertura.
Las entidades aseguradoras podrán reconocer a los productores asesores de seguros una participación de los fondos provenientes de los gastos de administración. La liquidación de las participaciones será efectuada por las entidades aseguradoras.
Atento a la naturaleza particular del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1.567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del artículo 81º de la Ley Nº 20.091.

Artículo 11: Pago del Premio.
El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador-empleador con las mismas modalidades plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en consideración el valor de premio vigente; a partir de lo establecido en el Artículo 2° y lo determinado en el Artículo 6° de la Resolución SSN N° 35.333 del 16 de septiembre de 2010 y sus modificatorias.
Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con el Sistema Único de Seguridad Social (S.U.S.S.), con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el Artículo 1° de la Ley N° 26.844, las que serán abonadas directamente a las aseguradoras. A tal efecto la AFIP queda facultada para dictar las normas operativas que resulten necesarias.
La AFIP establecerá los mecanismos para la distribución de los fondos a las respectivas aseguradoras.
En el caso de fallecimiento de un trabajador no incluido en la nómina del personal del tomador se actuará conforme a lo dispuesto en el Artículo 18 del presente reglamento.
Si el empleador determinara e ingresara el monto del premio, sin haber contratado una póliza con una aseguradora o la relación aseguradora-CUIT

sea errónea o esté fuera de vigencia, no implicará cobertura automática en dicho seguro. En dichos supuestos la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) direccionará los montos y la información a la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Regularizados los supuestos antes mencionados, los futuros pagos que efectúen serán transferidos por la AFIP a las entidades aseguradoras que correspondan conforme el procedimiento establecido en el Artículo 12.

Artículo 12: Distribución de Recaudación.
12.1 Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la AFIP serán transferidos a las aseguradoras a las cuentas bancarias que éstas establezcan.
A tal efecto, las aseguradoras, a través de una nota firmada por personal de la entidad autorizado a tal fin, deberán informar a la Superintendencia de Seguros de la Nación los datos correspondientes a la cuenta bancaria del Banco de la Nación Argentina, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN N° 2434 del 6 de mayo de 2010.
La mencionada nota deberá contener como mínimo los siguientes datos: titular de la cuenta bancaria, número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal y clave bancaria universal, debiendo ser acompañada de una certificación emitida por la entidad bancaria en la que conste que la misma está libre de inhibiciones y embargos.
Las aseguradoras que en el futuro comiencen a operar en este Seguro, deberán dar cumplimiento a lo establecido en el presente Artículo antes de iniciar la comercialización del mencionado seguro.
12.2 La AFIP transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta Superintendencia de Seguros de la Nación, el que será confeccionado en base a los datos que las entidades envían al Sistema Informático Kausay y el cual contendrá los datos necesarios para poder proceder a la correcta distribución de los conceptos recaudados por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
12.3 La AFIP informará en forma diaria a las aseguradoras diversa información respecto de la determinación del pago, las nóminas y los importes acreditados en las Cuentas Bancarias por ellas informadas, mediante la utilización de transferencia electrónica, los que contendrán los siguientes datos:
1) CUIC - Clave única de identificación de contratos.
2) CUIT del tomador-empleador.
3) Período Declarado.
4) Identificación de las CUIL declaradas.
5) Fecha en que pagó el tomador-empleador.
6) Importe total depositado por el tomador-empleador discriminado por prima y derecho de emisión.
7) Fecha de procesamiento.
8) Fecha de transferencia a la Cuenta Bancaria de la Aseguradora.
9) Importe acreditado en la Cuenta Bancaria.
12.4 Cuando la Aseguradora detecte diferencias entre lo informado por la AFIP en los archivos publicados de respaldo y la información provista por los empleadores podrá requerir un análisis de las mismas.
A tal fin deberá presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual realiza la consulta y el/los período/s fiscal/es con diferencia, adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s.
La nota deberá ser dirigida a la División Usuarios de la Seguridad Social y presentarla personalmente en Balcarce 167 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo, o enviarla por correo postal.
Si se diera el caso que la consulta no está relacionada con diferencias entre lo pagado y lo transferido, no será necesaria la presentación de la copia del comprobante de pago. Una vez iniciado el análisis de lo requerido, la AFIP podrá solicitar a la Aseguradora la presentación de documentación adicional que coadyuve a obtener el resultado del mismo.
12.5 Cuando los empleadores o las Aseguradoras verifiquen que los fondos de los pagos efectuados fueron derivados por la AFIP a la SSN, podrán requerir la devolución de los mismos.
A tal fin deberán presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la empresa (empleador) o de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los período/s fiscal/es, sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo.
La nota deberá ser dirigida a la Gerencia Administrativa de la Superintendencia de Seguros de la Nación - Sector SCVO y presentarla personalmente o a través de correo postal en la Avda. Julio A. Roca 721 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.

Artículo 13: Suspensión de la Cobertura por falta de pago del Premio - Rescisión.
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador-empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de 30 (treinta) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiese efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura se reanudará a partir de la hora 0 (cero) del día siguiente al ingreso de la prima.
La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los 60 (sesenta) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la rescisión automática del contrato.
La suspensión del seguro, o su rescisión por falta de pago del premio, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.
Los pagos efectuados por los tomadores-empleadores una vez vencido el plazo de suspensión y estando la póliza rescindida, no dará derecho a rehabilitar la misma.

Artículo 14: Comunicación de Altas y Bajas - Ajuste de las Primas.
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora, con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación" lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere. La aseguradora, sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la AFIP, tendrá derecho a exigir al tomador la última nómina de personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.
Para el caso que el tomador - empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social, las altas y bajas deberán ser comunicadas mensualmente a la aseguradora.
A fin de mantener vigente la cobertura, el tomador-empleador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a

la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11 del presente reglamento.

Artículo 15: Liquidación del Siniestro.
La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios de la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado. Si por cualquier causa la designación deviniera ineficaz o quedase sin efecto, se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabientes, según lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8°.
En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1. Partida de Defunción del Asegurado.
2. Constancia de CUIL del trabajador.
3. Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.
4. Constancia del pago del premio.
5. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final.
6. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
7. Formulario de Designación de Beneficiarios.
8. En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición; sea esta emitida por la ANSES o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido.
9. Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación:
a) El/los Beneficiario/s: fotocopia del Documento Nacional de Identidad y declaración del último domicilio real.
b) Derechohabientes:
b.1) El/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real, partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a 6 (seis) meses de su presentación para la liquidación del siniestro.
b.2) El/la conviviente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real, Información Sumaria Judicial y Declaración de Derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (Anses).
b.3) Hijos/as: fotocopia del Documento Nacional de Identidad y partida de nacimiento legalizada y de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal conforme lo dispuesto en el Artículo 101 del Código Civil y Comercial de la Nación.
Completada la documentación suministrada por el empleador, beneficiarios y/o derechohabientes, la indemnización deberá abonarse dentro de los 15 (quince) días siguientes.
En ningún caso la aseguradora será responsable del pago del beneficio por el fallecimiento de los trabajadores que no hubiesen sido dados de alta en la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General Nº 1.891/2005 (texto ordenado por la Resolución Nº 2.016/2006) de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y sus modificatorias.
Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante:
i) la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) conforme lo reglado por los artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241 o testamentarios.
ii) luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago.
En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:
1.- Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave única de Identificación de Contratos.
2.- Certificación por parte de la aseguradora de la vigencia de la cobertura al momento de ocurrencia del siniestro.
3.- Copia certificada de toda la documentación que obrare en su poder incluyendo también las constancias que acrediten las comunicaciones y requerimientos efectuados al empleador, beneficiarios designados o posibles herederos.
4.- Constancia del depósito en la Caja Compensadora.
Las entidades aseguradoras no podrán integrar las sumas debidas en concepto de indemnizaciones de otros seguros de vida con el beneficio instituido por el Decreto Nº 1.567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

Artículo 16: Siniestros no trasladables a la Caja Compensadora.
Independientemente del pago de premio efectuado por los empleadores, no podrán ser trasladados a la Caja Compensadora bajo ningún concepto los siniestros:
a) que afecten a trabajadores no incluidos en las nóminas del tomador, ni los excluidos en el Articulo 2º.
b) que correspondan a pólizas emitidas que no cuenten con la debida Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC).
c) que correspondan a pólizas que si bien posean Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC), la aseguradora hubiera remitido - a través del sistema Kausay - datos incorrectos o no hubiera efectuado la remisión en tiempo y forma de todas las novedades que modifique el padrón póliza.
d) que correspondan a pólizas emitidas por las entidades que no hayan dado cumplimiento a lo establecido en el Artículo 12 - 12.1 del presente reglamento.
e) que correspondan a pólizas cuyos premios no hayan sido abonados conforme lo establecido en el Artículo 11.

Artículo 17: Prohibiciones.
Se prohíbe a las entidades aseguradoras:
1. Otorgar bonificaciones.
2. Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el artículo 10º del presente reglamento.
3. Efectuar publicidad directa.
4. Rechazar solicitudes presentadas por los empleadores de conformidad a las disposiciones del presente reglamento.
5. Efectuar pagos graciables.
6. Compensar los saldos que arrojen sus declaraciones juradas, con las sumas debidas por la Caja Compensadora por períodos anteriores.

7. Coasegurar y reasegurar.

Artículo 18: Responsabilidad del Empleador.
El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio ante la falta de concertación del seguro.
La suspensión del seguro, por falta de pago o pago insuficiente del premio y la consecuente rescisión en su caso, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.

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 23 01/02/2023 23
SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOPERATIVA LIMITADA

COMPROBANTE DE PAGO

NÚMERO DE OPERACIÓN:	----------	TERMINAL:	-- ----
REGISTRADA:	01/02/2023	HORA:	11:15:24
APELLIDO Y NOMBRE:	TRANSPORTES Y SERVICIOS AUTOCAM S.R.L.		
MATRÍCULA:	1477474.7	RAMO:	RESPONSAB. CIVIL
ZONA/PÓLIZA:	23/002747	PATENTE:	CUOTA: 01

MONTO: PESOS
CINCUENTA MIL SESENTA Y TRES_____
_____
_____

SON:	$ ****50063,00	VENC. CUOTA:	11/02/2023
PRÓX. VENC.:	11/02/2024		

CENTRO DE ATENCIÓN: SAN MARTIN 887 - CDRO. RIVADAVIA

Form. 01.105

SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

ASEGURADO TRANSPORTES Y SERVICIOS AUTOCAM S.R.L. **MAT.** 1477474.7 CUIT 30-71123335-7

DOMICILIO HUGO MANSON NRO 203 P 6721.5
(9000) C.RIVADAVIA CHUBUT 23-0-06721-06721-11 MAT.: 61898

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 generales, particulares, cláusulas adicionales, exclusiones y límites de la presente póliza.
Póliza aprobada por SSN. Resolución General 37.849 de fecha 17/10/2013.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSAB. CIVIL **NUMERO** 23/002762-000

VIGENCIA

EMISION 23/02/2023 **desde las 12 hs. del** 24/02/2023 **hasta las 12 hs. del** 24/02/2024 **DIAS DE VIGENCIA** 365

LUGAR DE EMISION: La Plata Renovación de Póliza: 23-002747-000

OBJETO DEL SEGURO

COBERTURA: RC COMPRENSIVA OPERACIONES

RIESGO ASEGURADO: RC OPERACIONES.-

UBICACIÓN DEL RIESGO: CHUBUT

Condiciones Generales: CG-RC 01

Clausulas Adicionales: CA-CC 01.1 CA-CO 01.1 CA-CO 12.1 CC-CO 01.1

(1) PRIMA PURA

(2) CARGO FINANCIERO

(3) TASA S.S.N. 0,60% I.V.A. 21,00%
INTERNOS 0,10%
SELLOS 0,60% LEY 19518 0,50%

R.G.3337 (D.G.I.) 3,00%
C.S. 1700,00
DJ.INSC. 30-50005031-0
FORMA DE PAGO: CONTADO

COD.PAGO ELECTRONICO BANELCO: 2312002762000000
PRODUCTOR: COETSEE CARLOS JORGE
TNA: 21,0% - TEA: 23,120% - (Tasa calculada sobre vigencia anual con pagos mensuales)

PRIMA (1)	141531,25
RECARGOS (2)	16050,27
SUBTOTAL	157581,52
IMPUESTOS Y TASAS (3)	42594,30
PREMIO $	200175,82

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono al 0221 4455001 (opción 1 alternativa 3). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.segurosrivadavia.com.
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

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.

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA. - Casa Central: Av. 7 Nº 755 - B1900DHB - LA PLATA - Tel. 0810-999-3200 - CUIT:30-50005031-0

SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: RESPONSAB. CIVIL NUMERO: 23/002762

RIESGO ASEGURADO: RC OPERACIONES.-

DETALLE DE LAS COBERTURAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA EN PESOS
* RC. COMPRENSIVA	
RC COMPRENSIVA OPERACIONES	50000000
* RC. COMPRENSIVA ADICIONALES	
INC.,RAYO,EXP.,DESC.ELEC.,GAS	50000000
GRUAS, GUINCHES Y AUTOELEV	50000000
RC AUT. EN EXCESO DE COB. ESP	50000000
RC CRUZADA	50000000

RC COMPRENSIVA OPERACIONES

CANTIDAD DE UBICACIONES: 1
UBICACIÓN DE RIESGO
AREA EL TORDILLO COM RIV CP. 9000 - CHUBUT

CANTIDAD DE EMPLEADOS: 3

SECTORES A QUIÉN PRESTA SERVICIOS:
COMERCIOS E INDUSTRIAS

TIPO DE ACTIVIDAD QUE DESARROLLA:
ACTIVIDADES EN PREDIOS DE TERCEROS

TIPO DE TRABAJO:
EMPRESAS DE CARGA Y DESCARGA

INC.,RAYO,EXP.,DESC.ELEC.,GAS

CARACTERÍSTICAS DEL EDIFICIO
PAREDES EXTERNAS: PAREDES EXTERNAS DE LADRILLO Y CEMENTO ARMADO
TECHOS: LOSA Y/O CHAPAS INCOMBUSTIBLES

GRUAS, GUINCHES Y AUTOELEV

RC AUT. EN EXCESO DE COB. ESP

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: RESPONSAB. CIVIL NUMERO: 23/002762

CLÁUSULAS ADICIONALES QUE INTEGRAN EL CONTRATO

--- DE INDOLE EXTRACONTRACTUAL, EXCLUSIVAMENTE POR LESIONES Y/O MUERTE DE TERCEROS Y DAÑOS A COSAS DE TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES DEL ASEGURADO,DURANTE LA REALIZACION DE LOS TRABAJOS DETALLADOS PRECENTEMENTE.----------

--- SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE SE EXCLUYE DE LA PRESENTE COBERTURA TODO RECLAMO POR LESIONES Y/O MUERTE DE TERCEROS Y/O DAÑOS A COSAS DE DICHOS TERCEROS, QUE TUVIERAN SU CAUSA EN ACONTECIMIENTOS POSTERIORES A LA FINALIZACION DE LOS TRA-BAJOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD AQUI AMPARADA.----------

--- QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE EL ASEGURADO DEBERA TOMAR TODAS LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SEÑALIZACION ACORDES CON LA OBRA Y SEGUN REGLAMENTACIONES VIGENTES.------

--- SE EXCLUYE DE LAS GARANTIAS DEL PRESENTE SEGURO LOS DAÑOS QUE SE PUDIERAN OCASIONAR A BIENES Y SERVICIOS PUBLICOS, YA SEAN DE EMPRESAS PUBLICAS Y/O PRIVADAS, ESTEN O NO BAJO CUSTODIA O CUIDADO DEL ASEGURADO.----------

A MENOS QUE, ANTES DE INICIARSE LOS TRABAJOS, EL ASEGURADO SE HAYA INFORMADO ANTE LAS AUTORIDADES RESPONSABLES SOBRE LA UBICACIÓN EXACTA DE DICHOS BIENES, SEAN CABLES, TUBERÍAS Y/O INSTALACIONES,HABIENDO ADOPTADO A LA VEZ TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PREVENIR EVENTUALES DAÑOS EN TALES CABLES, TUBERÍAS Y DEMÁS INSTALACIONES SUBTERRÁNEAS, SIRVIENDOSE DE PLANOS U OTRA DOCUMENTACIÓN BAJO PENA DECADUCIDAD.----------

--- ES CONDICION DE COBERTURA QUE EL ASEGURADO SE COMPROMETA A SEÑALIZAR TODO EL PERIMETRO DE LAS EXCAVACIONES/TRABAJOS QUE REALICE MEDIANTE VALLAS, CINTAS, ALAMBRADOS Y/O CERCOS, QUEDANDO VEDADO EL ACCESO DE CUALQUIER PERSONA AJENA A LA MISMA LA PROHIBICION DEL INGRESO DEBERA ADEMAS, ESTAR DEBIDAMENTE SEÑALIZADA.----------

--- SE DEBERAN TOMAR LAS PRECAUCIONES DE INDICACIONES ESPECIALES EN CASO DE FALTA DE VISIBILIDAD POR MAL TIEMPO.----------

CUANDO SEA NECESARIO REALIZAR CORTES DE TRANSITO EN LAS CALLES, SE DEBERA SOLICITAR PERMISO A LA MUNICIPALIDAD.----------

EN CASO DE SINIESTRO FACILITADO POR EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTAS EXIGENCIAS, SE LIBERA A SEGUROS RIVADAVIA COOPERATIVA LTDA. DE TODA RESPONSABILIDAD ASEGURADORA EN EL EVENTO.----------

ADICIONAL RC AUTOMOTOR EN EXCESO DE LA COBERTURA ESPECÍFICA

--- POR MEDIO DEL PRESENTE Y SUJETO A LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO HASTA LOS LÍMITES INDICADOS EN LA PÓLIZA, LAS SUMAS QUE DEBA PAGAR EN RAZÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL POR MUERTE O LESIONES CORPORALES A TERCEROS O DAÑO A PROPIEDADES DE TERCEROS COMO CONSECUENCIA DEL MANEJO O USO DE VEHÍCULOS PROPIOS DE SERVICIO PARTICULAR O PÚBLICO, PARA GESTIONES RELACIONADAS CON SUS ACTIVIDADES EN EL GIRO NORMAL DE SUS NEGOCIOS QUE CONSTITUYE EL OBJETO DE COBERTURA MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA.----------

--- LAS COBERTURAS ADICIONALES ESTÁN COMPRENDIDAS EN LA COBERTURA BÁSICA, SIENDO LA SUMA ASEGURADA MÁXIMA LA INDICADA PARA CADA ADICIONAL.----------

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: RESPONSAB. CIVIL NUMERO: 23/002762

--- CONTRARIAMENTE A LO ESTABLECIDO EN EL 2DO. PÁRRAFO DE LA CLAUSULA 3 DE LAS CONDICIONES GENERALES, EL MÁXIMO DE INDEMNIZACIONES ADMISIBLES POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SERÁ HASTA LA SUMA ASEGURADA QUE FIGURA EN LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES.----------

--- EL ASEGURADO PARTICIPARÁ EN CADA SINIESTRO CON UN 10% DEL CAPITAL DE LA O LAS INDEMNIZACIONES QUE SE ACUERDEN CON EL O LOS TERCEROS O QUE RESULTE DE SENTENCIA JUDICIAL, CON UN MÍNIMO DEL UNO POR CIENTO (1%) Y UN MÁXIMO DEL CINCO POR CIENTO (5%), AMBOS DE LA SUMA ASEGURADA AL MOMENTO DEL SINIESTRO, POR CADA ACONTECIMIENTO.--------

Coasegurados: UTE YPF TEC PETROL SA Y OTRAS AREA EL TORDILLO 30644239043
TECPETROL ENERGY DEV CORP ARG PETROLERA SANTA FE INTER RIO H
OLDINGS YPFUTE 30682531904
TECPETROL S.A. 30592665472

--- SE DEJA CONSTANCIA QUE EN CASO QUE UN TERCERO RECLAME DIRECTA O INDIRECTAMENTE A LA/S PERSONA/S FÍSICA/S O JURÍDICA/S QUE SE INDICA/N A ESTE EFECTO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, POR UN SINIESTRO INDEMNIZABLE POR LA PRESENTE COBERTURA, ÉSTA/S SERÁ/N CONSIDERADA/S COTITULAR DEL INTERÉS ASEGURABLE, SIÉNDOLE OPONIBLE LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.----------

Terceros: UTE YPF TEC PETROL SA Y OTRAS AREA EL TORDILLO 30644239043
TECPETROL ENERGY DEV CORP ARG PETROLERA SANTA FE INTER RIO
OLDINGS YPFUTE 30682531904
TECPETROL S.A. 30592665472

--- EN CASO DE LESIONES Y/O DAÑOS Y/O PÉRDIDAS OCASIONADAS DURANTE Y POR LA EJECUCIÓN DE LOS TRABAJOS A PERSONAL DE LA/S PERSONA/S FÍSICA/S O JURÍDICA/S QUE SE INDICA/N A ESTE EFECTO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O BIENES DE LA/S MENCIONADA/S PERSONA/S FÍSICA/S O JURÍDICA/S, ÉSTAS A EFECTOS DEL RECLAMO DEBERÁN SER CONSIDERADAS TERCEROS.----------

Notificar a: UTE YPF TEC PETROL SA Y OTRAS AREA EL TORDILLO 3064423904
TECPETROL S.A. Domicilio: DELLA PAOLERA CARLOS 297 PISO:1E (1001) CABA

Días de Preaviso: 15

--- EL ASEGURADOR SE OBLIGA A NO ANULAR, SUSPENDER, RESCINDIR, NI MODIFICAR LA COBERTURA SIN ANTES NOTIFICAR A LA/S PERSONA/S FÍSICA/S O JURÍDICA/S QUE SE INDICA/N A ESTE EFECTO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES EN FORMA FEHACIENTE Y CON UNA ANTELACIÓN MÍNIMA EQUIVALENTE A LA CANTIDAD DE DÍAS QUE SE INDIQUE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES A PARTIR DE LA FECHA EN QUE TAL MODIFICACIÓN O ANULACIÓN SURJAN EFECTO. ASIMISMO EL ASEGURADOR SE COMPROMETE A NOTIFICAR A LA MISMA CUALQUIER OMISIÓN DE PAGO U OTRO HECHO DE CUALQUIER NATURALEZA EN QUE INCURRIERE EL ASEGURADO PRINCIPAL CON UNA ANTELACIÓN MÍNIMA EQUIVALENTE A LA CANTIDAD DE DÍAS QUE SE INDIQUE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES ----------

Contratistas y/o Subcontratistas:
UTE YPF TEC PETROL SA Y OTRAS AREA EL TORDILLO 30644239043
TECPETROL ENERGY DEV CORP ARG PETROLERA SANTA FE INTER RIO H
OLDINGS YPFUTE 30682531904
TECPETROL S.A. 30592665472

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: RESPONSAB. CIVIL NUMERO: 23/002762

--- QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO, EN LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE CLÁUSULA Y DEMÁS CONDICIONES DE PÓLIZA, QUE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL SE APLICARÁ, TANTO AL ASEGURADO COMO A SUS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS COMO SI PARA CADA UNO DE E-LLOS SE HUBIERA EXTENDIDO UNA PÓLIZA POR SEPARADO.
SIN EMBARGO, EL ASEGURADOR NO INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO, EN VIRTUD DE ESTA CLÁUSULA, POR PÉRDIDAS O DAÑOS A BIENES DE SU PROPIEDAD, NI LA RESPONSABILIDAD DE LESIONES COR-PORALES O ENFERMEDADES QUE AFECTAREN A EMPLEADOS O TRABAJADORES BAJO SU DEPENDENCIA.-

Subrogados:

UTE YPF TEC PETROL SA Y OTRAS AREA EL TORDILLO 30644239043
TECPETROL ENERGY DEV CORP ARG PETROLERA SANTA FE INTER RIO H
OLDINGS YPFUTE 30682531904 / TECPETROL S.A. 30592665472

--- SE DEJA CONSTANCIA POR LA PRESENTE ESTIPULACION QUE LA ASEGURADORA RENUNCIA A EJERCER SUS DERECHOS DE SUBROGACION CONTRA LA/S PERSONA/S FISICA/S O JURIDICA/S QUE SE INDICA/N A ESTE EFECTO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y/O SUS RESPECTIVOS FUNCIO-NARIOS, EMPLEADOS Y/U OBREROS Y/O CONTRA CUALQUIER ASEGURADORA SUBSIDIARIA O AFILIA-DORA, Y/O SUS RESPECTIVOS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y/U OBREROS. EN CASO QUE UN TERCERO RECLAMARE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A LA/S MENCIONADA/S PERSOSONA/S POR UN SINIESTRO INDEMNIZABLE POR LA PRESENTE COBERTURA, LA/S MENCIONADA/S PERSONA/S SERA/N CONSIDERA-DA/S COMO ASEGURADAS PARA ESTA POLIZA.----------

--ACTIVIDAD: TRANSPORTE DE CARGAS.----------

--CANTIDAD DE OPERARIOS: 3.----------

--MAQUINARIA A UTILIZAR: CAMIONETAS, CAMIONES CON SEMIRREMOLQUE, CAMIONES CON HIDROGRÚA.----------

---

SEGURO PRIMARIO:----------

EL SEGURO PROPORCIONADO POR LA PRESENTE PóLIZA ES SEGURO PRIMARIO Y SIN DERECH O A CONTRIBUCIóN DE CUALQUIER OTRO SEGURO TOMADO POR 30-64423904-3 TECPETROL S .A. UTE EL TORDILLO; 30-68253190-4 TECPETROL S.A. UTE LA TAPERA PUESTO QUIROGA ; 30-59266547-2 TECPETROL S.A.----------

---SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE LAS CLAUSULAS DE COASEGURADOS, TERCEROS, NO ANULACIÓN, CONTRATISTAS / SUBCONTRATISTAS Y SUBROGADOS SE HACEN EXTENSIVAS A LAS SIGUIENTES EMPRESAS:

PAN AMERICAN ENERGY LLC SUC. ARGENTINA 30-67031106-2.----------

PAN AMERICAN ENERGY SL SUCURSAL ARGENTINA 30-69554247-6.----------

---

23-13-489 HIDROGRUA PM 19024 MOD.470510 AñO:2020 MONTADA SOBRE CAMION PTE AE862FE
- 23-13-495 GRUA PK HIDRAULICA PKB10000 BV 3 PALFINGER 100288396 AñO 2015 MONTADA SOBRE CAMION PTE NNB472.-
- 23-13-515 HIDROGRUA PM MOD.19024 - CHASIS:G11806241942 - AñO:2020 - MONTADO S/PAT:OVE189.-

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. ----------

---

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS RIVADAVIA

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: RESPONSAB. CIVIL NUMERO: 23/002762

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. ----------

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.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.segurosrivadavia.com

Para consultas o reclamos, comunicarse con SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOPERATIVA LIMITADA al 0810-999-3200.

En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.

Rosana Ibarrart
Gerente General

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 23 02/03/2023 23 SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOPERATIVA LIMITADA

COMPROBANTE DE PAGO

NÚMERO DE OPERACIÓN:	----------	TERMINAL:	----
REGISTRADA:	02/03/2023	HORA:	14:45:03
APELLIDO Y NOMBRE:	TRANSPORTES Y SERVICIOS AUTOCAM S.R.L.		
MATRÍCULA:	1477474.7	RAMO:	RESPONSAB. CIVIL
ZONA/PÓLIZA:	23/002762	PATENTE:	CUOTA: 01

MONTO: PESOS
CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS CON SI
ETE CENTAVOS

SON: $ ***198992,07	VENC. CUOTA: 11/03/2023	PRÓX. VENC.: 11/03/2024

CENTRO DE ATENCIÓN: SAN MARTIN 887 - CDRO. RIVADAVIA

Form. 01.105