BENEFICIO
PERSONAS SEGURAS
Sitio Web: *http://www.beneficioweb.com.ar*
E-mail: *beneficio@beneficiosa.com.ar*

Casa Central: Av. Leandro N. Alem 5
(C1001AAN) Ciudad Autónoma
Tel./Fax: (011)
C.U.I.T.: 30-6
I.V.A. Responsab
Ing. Brutos C. Mult.: 90

NOMINA DE ASEGURADOS

Datos de la Póliza

Rama	ACC.PERSONALES	Póliza Nº	*662397
Endoso Nº	0	Contratante	URIA GASTON

Datos de los Asegurados

URIA GASTON Cert. Nro.: ********1 Nro.Documento: DNI
Ocupacion: 1294 CHOFER - CHOFER DE OMNIBUS/MIC Fecha:08/
Muerte Accidental : 3.000.000
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial : 3.000.000
Renta Diaria :
Asistencia Medica y Farmaceutica : 200.000
Coberturas Adicionales:
Beneficiario/s :
TOMADOR EL TOMADOR DE LA POLIZA %100,

Cantidad de Personas: 1
(A) Indica Altas; (B) Bajas; (M) Modificaciones; (R) Refacturaciones

BENEFICIO
PERSONAS SEGURAS
Sitio Web: http://www.beneficioweb.com.ar
E-mail: beneficio@beneficiosa.com.ar

Beneficio S.A. Compañía
Casa Central: Av. Leandro N. Alem
(C1001AAN) Ciudad Autónom
Tel./Fax: (01
C.U.I.T.: 30-68082752-0 I.V.A. Respons
Ing. Brutos C. Mult.:

ANEXO 99
CONDICIONES PARTICULARES

Datos de la Póliza			
Rama	ACC.PERSONALES	Póliza Nº	*662397
Endoso Nº	0	Contratante	URIA GASTON

CUBIERTO EN EL MOMENTO DEL INFORTUNIO Y/O SINIESTRO.-
Beneficiario en Segundo Grado
URIA GASTON
URIA GASTON Cuit: 20-25568517-2
Clausula de no Repeticion:
COLEGIO SAN ANDRES
Esta aseguradora renuncia en forma expresa a iniciar toda ac ci¢n de repetici¢n o de regreso contra las entidades detalla das precedentemente, sus funcionarios, empleados u obreros, en cualquier forma jur¡dica, con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar por el siniestro acaecido bajo la p¢liza en cuesti¢n. -

BENEFICIO
PERSONAS SEGURAS
Sitio Web: http://www.beneficioweb.com.ar
E-mail: beneficio@beneficiosa.com.ar

Beneficio S.A. Compañía de Seguros
Casa Central: Av. Leandro N. Alem 584 Piso 12
(C1001AAN) Ciudad Autónoma de Bs. As.
Tel./Fax: (011) 5236-4300
C.U.I.T.: 30-68082752-0 I.V.A. Responsable Inscripto
Ing. Brutos C. Mult.: 901-173046-6

ANEXO 99
CONDICIONES PARTICULARES

Datos de la Póliza			
Rama	ACC.PERSONALES	Póliza Nº	*662397
Endoso Nº	0	Contratante	URIA GASTON

RIA POR INTERNACION HOSPITALARIA COMO CONSECUENCIA DE ACCIDE
NTE DE $ 800 DIARIOS. PLAZO DE ESPERA: 3 DIAS - MAXIMO: 30
DIAS.
LA COBERTURA DE PROTESIS ESTARA CUBIERTA DENTRO DE LA COBER
TURA DE GASTOS MEDICOS CON UN TOPE DE $ 70.000 POR EVENTO
CUBIERTO.

El cumulo por evento sera de 3 vidas si el total de asegurad
os es menor a 25 capitas . En caso que la presente cubra de
26 a 100 capitas el cumulo por evento sera de 5 vidas. Para
grupos de mas de 100 capitas el cumulo por evento sera de 10
vidas.
POSIBLE CONTAGIO HEPATITIS B - HIV - POR REINTEGRO

Se deja constancia que se cubran los gastos de tratamiento
por posible contagio de Hepatitis B y S¡ndrome de inmunode
ficiencia adquirida (HIV), por heridas accidentales ocasi¢n
adas en la actividad profesional, con elementos cortopunzant
es,hasta la suma de $ 10.000, siempre que el accidente ocurr
a con posterioridad al inicio de vigencia de la poliza._
Es condici¢n de p¢liza que el asegurado cumpla con todas las
medidas de seguridad e higiene inherentes a la actividad de-
clarada y con todas leyes de transito en el trayecto in iti-
nere.
Asimismo caso que la presente p¢liza se emita con cobertura
de uso de motocicletas o similares, la misma ser en veh¡cu-
los de hasta 500cc y el Asegurador no indemnizar sinies-
tros producidos y/o sufridos en los cuales el asegurado
estuviera conduciendo veh¡culos en infracci¢n o incumpli-
miento con la normativa aplicable que pudiera corresponder,
ya sea sin encontrarse debidamente habilitado para el mane-
jo de esa categor¡a de veh¡culo por autoridad competente,
ni tampoco en incumplimiento de las normas de tr nsito vi-
gentes, como manejo en infracci¢n a normas de seguridad vi-
gentes como uso de cintur¢n de seguridad y/o casco, seg£n
corresponda.
La responsabilidad del asegurador comienza a las 0 horas del
dia en el que se indica como comienzo de vigencia y finaliza
a la 0 hora del ultimo dia del plazo establecido, salvo pact
o en contrario.
NO SUBROGACION:
Queda convenido que, luego de cualquier indemnizaci¢n abona-
na por un siniestro en virtud de la presente, el Asegurador
no podr subrogarse en los derechos, acciones y recursos le-
gales del Asegurado en lo que respecta al siniestro en cues-
ti¢n.-
Beneficiario en primer termino:
Bene3yyficiario/s en Primer Grado
COLEGIO SAN ANDRES
DONDE SE HALLE DESEMPE¥ANDO LAS TAREAS INHERENTES AL RIESGO

BENEFICIO

PERSONAS SEGURAS

Sitio Web: *http://www.beneficioweb.com.ar*
E-mail: *beneficio@beneficiosa.com.ar*

Beneficio S.A. Compa
Casa Central: Av. Leandro N. Al
(C1001AAN) Ciudad Autón
Tel./Fax: (
C.U.I.T.: 30-68082752-0 I.V.A. Respo
Ing. Brutos C. Mult.

Productor Interviniente	97659.28835	DOMINGUEZ SERGIO GABRI	Matrícula:	52

Datos de la Póliza

Comprobante	Factura	Rama	ACC.PERSONALES
Póliza Nº	*662397	Endoso Nº	0
Lugar y Fecha de Emisión	C.A.B.A. , 8/02/2023	Motivo	Poliza Nueva
Vigencia	8/02/2023 - 8/02/2024		
Período de Facturación	08/02/2023 - 08/02/2024	Moneda	00 PESOS

Datos del Tomador

Asegurado y/o Tomador	URIA GASTON		Cliente Nº	325779	
Domicilio	LUIS MARIA DRAGO 1475		Localidad	TORTUGUITAS	(0166
Provincia	PCIA.DE BS.AS.	Sit. I.V.A.	Consumidor Final	DNI	2556

Descripción del riesgo, coberturas y suma/s aseguradas

PLAN: AP MUERTE
PRODUCTO: AP LABORAL + ITINERE

SUMA ASEGURADA TOTAL DE MUERTE: 3.000.000

COBERTURA: BASICA + PLAN Y PRODUCTO

CANTIDAD DE VIDAS: 1

Actividad/Ocupacion
CHOFER - CHOFER DE OMNIBUS/MICROOMNI BUS/MINBUS/ TRANSPORTE DE PASAJEROS CON SALIDA A RUTAS
Ubicacion del Riesgo
Direccion: LUIS MARIA DRAGO 1475
(01667) TORTUGUITAS - PCIA.DE BS.AS.
Ambito: Laboral mas In-Itinere
LA PRESENTE POLIZA SOLO CUBRE AL ASEGURADO DURANTE EL DESEM-
PE¥O DE SUS TAREAS LABORALES INCLUSO EL TRASLADO IN-ITINERE.
Edad M xima de Ingreso cobertura b sica/adicionales:64 a¤os
Edad M xima de Permanencia cobertura b sica : 70 a¤os
Edad M xima de Permanencia coberturas adicionales : 65 a¤os

EL PRESENTE SEGURO CUBRE UN REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO P
OR ACCIDENTE DE HASTA $181.500. ASIMISMO CUBRE UNA RENTA DIA

(1) Condiciones Particulares y/o Endosos y (2) Anexos

202-209-220-229-231

Entre "Beneficio S.A. Compañía de Seguros", en adelante "El Asegurador" y quien se designa con el nombre de "Asegurado y/o Tomador", se conviene en celebrar el presente contrato de se
a las Condiciones Generales Particulares y/o Especiales (1) y Anexos (2) adjuntos y que forman parte integrante del mismo.
Los vocablos "Asegurado" y "Tomador" o "Contratantes" se usan indistintamente en esta póliza, por lo tanto, debe dárseles el significado que corresponda según las circunstancias del ca
póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la

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, po
Servicio al teléfono 011 52364300 interno 228. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web, www.beneficiosa.com.ar.
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 admi
la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

Para consultas o reclamos, comunicarse con Beneficio S.A. Compañía de Seguros al (011) 5236-4300

De acuerdo a lo establecido por la Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación y la Resolución 27627 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, se advierte lo siguie
Los únicos sistemas habilitados para pagar los 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 Nº 21526.
c) Tarjetas de crédito, debito o compras emitidas en el marco de la Ley Nº 25065.
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 Nº 25345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.
El [illegible] póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.
[illegible] podrá solicitar en cualquier otro momento a la aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.

DOMINGUEZ SEGUROS
AV. PTE PERON 2871
(1613)LOS POLVORINES
POLVORINES 4663-2968

Poliza N°: 662397
Endoso N°: 0
Solicitud N°: 0

R E C I B O

Recibo N°: 68471

Copia: ORIGINAL

Fecha: 08/02/2023

Recibimos de (23.673) URIA GASTON , la suma de $ 12.900,00 en concepto de pago por la solicitud de la Compania BENEFICIO SA CIA DE SEGUROS .

Detalle del Riesgo: AP PARA UNA PERSONA - CHOFER MINUBUS

***Vigencia:* 08/02/2023 al 08/02/2024**

Seccion:6 - Acc. Personales

Detalle del Pago

Forma de Pago	Imp. Nominal	Coti	Imp. Real
Efectivo	12,900.00	1	12,900.00

PAGADO

DOMINGUEZ Seguros

Importe Pago $ 12.900,0

Próximo Vencimiento: Cuota 0 Fecha 08/02/2024

Domicilio: LUIS MARIA DRAGO 1475 - Localidad: Tortuguitas - Teléfono:

Cobrador: 13 - Oficina Tortuguitas

CUIT: 20-14972169-0 I.B.: JUB.:

BENEFICIO
PERSONAS SEGURAS
Sitio Web: http://www.beneficioweb.com.ar
E-mail: beneficio@beneficiosa.com.ar

Casa Central: Av. Leandro N. Alem 584 Piso 12
(C1001AAN) Ciudad Autónoma de Bs. As.
Tel./Fax: (011) 5236-4300
C.U.I.T.: 30-68082752-0
I.V.A. Responsable Inscripto
Ing. Brutos C. Mult.: 901-173046-6

NOMINA DE ASEGURADOS

Datos de la Póliza

Rama	ACC.PERSONALES	Póliza Nº	*662397
Endoso Nº	0	Contratante	URIA GASTON

Datos de los Asegurados

URIA GASTON Cert. Nro.: *******1 Nro.Documento: DNI 25568517
Ocupacion: 1294 CHOFER - CHOFER DE OMNIBUS/MIC Fecha:08/02/2023 A
Muerte Accidental : 3.000.000
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial : 3.000.000
Renta Diaria :
Asistencia Medica y Farmaceutica : 200.000
Coberturas Adicionales:
Beneficiario/s :
TOMADOR EL TOMADOR DE LA POLIZA %100,00

Cantidad de Personas: 1
(A)Indica Altas; (B)Bajas; (M)Modificaciones; (R)Refacturaciones



CONSTANCIA DE COBERTURA

...ICIO
...ONAS SEGURAS
ACCIDENTES PERSONALES

TIUN.-

Póliza: 662397

BENEFICIARIO EN PRIMER TERMINO:
BENE3YYFICIARIO/S EN PRIMER GRADO
COLEGIO SAN ANDRES
DONDE SE HALLE DESEMPEUANDO LAS TAREAS INHERENTES AL RIESGO
CUBIERTO EN EL MOMENTO DEL INFORTUNIO Y/O SINIESTRO.-
BENEFICIARIO EN SEGUNDO GRADO
URIA GASTON
URIA GASTON CUIT: 20-25568517-2
CLAUSULA DE NO REPETICION:
COLEGIO SAN ANDRES
ESTA ASEGURADORA RENUNCIA EN FORMA EXPRESA A INICIAR TODA AC
CIUN DE REPETICIUN O DE REGRESO CONTRA LAS ENTIDADES DETALLA
DAS PRECEDENTEMENTE, SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS,
EN CUALQUIER FORMA JURUDICA, CON MOTIVO DE LAS PRESTACIONES
DINERARIAS QUE SE VEA OBLIGADA A ABONAR POR EL SINIESTRO
ACAECIDO BAJO LA PULIZA EN CUESTIUN. -

Alfredo Del Grec
Director
P/ Beneficio S.A
Compañía de Seg

...mplimiento de lo dispuesto por la Disposición 10/08, Beneficio pone en conocimiento que:

CONSTANCIA DE COBERTURA

ICIO
ONAS SEGURAS
ACCIDENTES PERSONALES

Póliza: 662397

EL PRESENTE SEGURO CUBRE UN REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO P
OR ACCIDENTE DE HASTA $181.500. ASIMISMO CUBRE UNA RENTA DIA
RIA POR INTERNACION HOSPITALARIA COMO CONSECUENCIA DE ACCIDE
NTE DE $ 800 DIARIOS. PLAZO DE ESPERA: 3 DIAS - MAXIMO:30
DIAS.
LA COBERTURA DE PROTESIS ESTARA CUBIERTA DENTRO DE LA COBER
TURA DE GASTOS MEDICOS CON UN TOPE DE $ 70.000 POR EVENTO
CUBIERTO.
EL CUMULO POR EVENTO SERA DE 3 VIDAS SI EL TOTAL DEASEGURAD
OS ES MENOR A 25 CAPITAS . EN CASO QUE LA PRESENTECUBRA DE
26 A 100 CAPITAS EL CUMULO POR EVENTO SERA DE 5 VIDAS.PARA
GRUPOS DE MAS DE 100 CAPITAS EL CUMULO POR EVENTO SERA DE10
VIDAS.
POSIBLE CONTAGIO HEPATITIS B - HIV - POR REINTEGRO
SE DEJA CONSTANCIA QUE SE CUBRAN LOS GASTOS DE TRATAMIENTO
POR POSIBLE CONTAGIO DE HEPATITIS B Y SUNDROME DE INMUNODE
FICIENCIA ADQUIRIDA (HIV), POR HERIDAS ACCIDENTALES OCASIUN
ADAS EN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL, CON ELEMENTOS CORTOPUNZANT
ES,HASTA LA SUMA DE $ 10.000, SIEMPRE QUE EL ACCIDENTE OCURR
A CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA._
ES CONDICIUN DE PULIZA QUE EL ASEGURADO CUMPLA CON TODAS LAS
MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE INHERENTES A LA ACTIVIDAD DE-
CLARADA Y CON TODAS LEYES DE TRANSITO EN EL TRAYECTO IN ITI-
NERE.
ASIMISMO CASO QUE LA PRESENTE PULIZA SE EMITA CON COBERTURA
DE USO DE MOTOCICLETAS O SIMILARES, LA MISMA SERU EN VEHUCU-
LOS DE HASTA 500CC Y EL ASEGURADOR NO INDEMNIZARU SINIES-
TROS PRODUCIDOS Y/O SUFRIDOS EN LOS CUALES EL ASEGURADO
ESTUVIERA CONDUCIENDO VEHUCULOS EN INFRACCIUN O INCUMPLI-
MIENTO CON LA NORMATIVA APLICABLE QUE PUDIERA CORRESPONDER,
YA SEA SIN ENCONTRARSE DEBIDAMENTE HABILITADO PARA EL MANE-
JO DE ESA CATEGORUA DE VEHUCULO POR AUTORIDAD COMPETENTE,
NI TAMPOCO EN INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE TRUNSITO VI-
GENTES, COMO MANEJO EN INFRACCIUN A NORMAS DE SEGURIDAD VI-
GENTES COMO USO DE CINTURUN DE SEGURIDAD Y/O CASCO, SEGUN
CORRESPONDA.
LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR COMIENZA A LAS 0 HORAS DEL
DIA EN EL QUE SE INDICA COMO COMIENZO DE VIGENCIA Y FINALIZA
A LA 0 HORA DEL ULTIMO DIA DEL PLAZO ESTABLECIDO, SALVO PACT
O EN CONTRARIO.
NO SUBROGACION:
QUEDA CONVENIDO QUE, LUEGO DE CUALQUIER INDEMNIZACIUN ABONA-
NA POR UN SINIESTRO EN VIRTUD DE LA PRESENTE, EL ASEGURADOR
NO PODRU SUBROGARSE EN LOS DERECHOS, ACCIONES Y RECURSOS LE-
GALES DEL ASEGURADO EN LO QUE RESPECTA AL SINIESTRO EN CUES-

En cumplimiento de lo dispuesto por la Disposición 10/08, Beneficio pone en conocimiento que:

BENEFICIO
PERSONAS SEGURAS
ACCIDENTES PERSONALES

CONSTANCIA DE COBERTURA

Para ser presentado ante QUIEN CORRESPONDA

Póliza: 662397

Datos del Asegurado y/o Tomador

Tomador: URIA GASTON
Domicilio: LUIS MARIA DRAGO 1475 CUIT: 20255685172
Localidad: TORTUGUITAS - (1667) - BUENOS AIRES

Datos generales del certificado

Vigencia póliza: 08/02/2023 al 08/02/2024
Cobertura: AP MUERTE

· MUERTE ACCIDENTAL	$ 3000000.00
· INVAL. TOT. Y PARC. PERMAN.	$ 3000000.00
· ASIST.MEDICO FARM. REINTEGRO	$ 200000.00

Beneficiario/s: EL TOMADOR DELA POLIZA

CERTIFICAMOS QUE LA PRESENTE POLIZA NO POSEE DEUDA EXIGIBLE AL DIA DE LA FECHA.

Buenos Aires, 10/02/2023 . El presente certificado tiene vigencia a partir de su fecha de emisión. La fecha de inicio de cobert se indica en la línea respectiva de cada asegurado.

La presente constancia no implica renuncia a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago del premi correspondiente de acuerdo a las respectivas condiciones generales de póliza.

La responsabilidad del asegurador comienza a la 0 horas del día en el que se indica como comienzo de vigencia y finaliza a hora del último día del plazo establecido, salvo pacto en contrario.

Asegurado/s

1) URIA GASTON DNI 25568517 Inicio cobertura: 08/02/2023

Clausulas:

NO REPETICION -

Empresas beneficiarias:

ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA
ESCOCESA SAN ANDRES - Cuit 30529826806

Información adicional

AP L+I
ACTIVIDAD/OCUPACION
CHOFER - CHOFER DE OMNIBUS/MICROOMNI BUS/MINBUS/ TRANSPORTE
DE PASAJEROS CON SALIDA A RUTAS
UBICACION DEL RIESGO
DIRECCION: LUIS MARIA DRAGO 1475
(01667) TORTUGUITAS - PCIA.DE BS.AS.
AMBITO: LABORAL MAS IN-ITINERE
LA PRESENTE POLIZA SOLO CUBRE AL ASEGURADO DURANTE EL DESEM-
PEUO DE SUS TAREAS LABORALES INCLUSO EL TRASLADO IN-ITINERE.
EDAD MUXIMA DE INGRESO COBERTURA BUSICA/ADICIONALES:64 AUOS
EDAD MUXIMA DE PERMANENCIA COBERTURA BUSICA : 70 AUOS
EDAD MUXIMA DE PERMANENCIA COBERTURAS ADICIONALES : 65 AUOS

En cumplimiento de lo dispuesto por la Disposición 10/08, Beneficio pone en conocimiento que: