RUS®
RIO URUGUAY SEGUROS

Frente de Póliza de Accidentes Personales

Póliza: 00:12:279358 **Endoso:** 1

Vigencia: 27/07/2022 - 27/07/2023

Riesgos Cubiertos:

Grupo 1

MUERTE E INCAPACIDAD LABORAL **$ 1.500.000,00**

Muerte o Invalidez Permanente causados por accidente al Asegurado en el ejercicio de su profesión, actividad o empleo, dentro del horario, en ocasión y en el ámbito habitual de cumplir las tareas declaradas en la solicitud de celebración del contrato, incluido el accidente denominado "in itínere".
Actividad: Profesionales: Independientes
En caso de Muerte por accidente, por persona asegurada, la suma de $ 1.500.000,00
En caso de Invalidez Permanente por accidente, por persona asegurada, hasta la suma de $ 1.500.000,00 o la proporción de la suma indicada mas arriba, según el grado de la lesión, de acuerdo a lo establecido en las cláusulas 6 y 7 de las Condiciones Generales.

Edad máxima de permanencia: 70 años

AMF LABORAL (SIN FRANQUICIA) **$ 50.000,00**

Asistencia Médica y Farmacéutica. Por persona Asegurada $ 50.000,00

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 0800 888 9787 (Opciones 1 y/o 2). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.riouruguay.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 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.

El temperamento expuesto no aplica a las pólizas emitidas por Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO
Se destaca la siguiente exclusión de cobertura:
k. Lesiones meniscales de rodilla y lesiones ligamentarias (ligamentos cruzados anterior y posterior).

Condiciones Generales:

CLAUSULA ADICIONAL 1: - CLAUSULA 2: - CLAUSULA ADICIONAL 2: - CLAUSULA 3: - CLAUSULA ADICIONAL 3: - CLAUSULA 4: - CLAUSULA ADICIONAL 4: - CLAUSULA 5: - CLAUSULA 6: - CLAUSULA ADICIONAL 6: - CLAUSULA 7: - CLAUSULA 8: - CLAUSULA 9: - CLAUSULA 10: - CLAUSULA 11: - CLAUSULA 12: - CLAUSULA 13: - CLAUSULA 14: - CLAUSULA 15: - CLAUSULA 16: - CLAUSULA 17: - CLAUSULA 18: - CLAUSULA 19: - CLAUSULA 20: - CLAUSULA 21: - CLAUSULA 22: - CLAUSULA 23: - CLAUSULA 24: - CLAUSULA 25: - CLAUSULA 26: - CLAUSULA 27: - CG_CL1 - ESPECIFICAS LABORALES - Subrogacion AP - ESPECIFICAS LABORALES - ANEXO I .-

Cláusulas Internas:

.-

Nómina de asegurados:

Grupo 1

Asegurado: 14498787 - CONDE CARLOS ALBERTO

Beneficiarios: 21511293 - DEPPELER CLAUDIA DEL CARMEN

FIRMA FACSIMIL DE POLIZA: La presente Póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

RIO URUGUAY SEGUROS Coop.Ltda.
Cr. Juan Carlos L. Godoy
PRESIDENTE
Consejo de Administración

RUS®
RIO URUGUAY SEGUROS

Frente de Póliza de Accidentes Personales

Póliza: 00:12:279358 **Endoso:** 1

Vigencia: 27/07/2022 - 27/07/2023

Riesgos Cubiertos:

Grupo 1

MUERTE E INCAPACIDAD LABORAL **$ 1.500.000,00**

Muerte o Invalidez Permanente causados por accidente al Asegurado en el ejercicio de su profesión, actividad o empleo, dentro del horario, en ocasión y en el ámbito habitual de cumplir las tareas declaradas en la solicitud de celebración del contrato, incluido el accidente denominado "in itínere".
Actividad: Profesionales: Independientes
En caso de Muerte por accidente, por persona asegurada, la suma de $ 1.500.000,00
En caso de Invalidez Permanente por accidente, por persona asegurada, hasta la suma de $ 1.500.000,00 o la proporción de la suma indicada mas arriba, según el grado de la lesión, de acuerdo a lo establecido en las cláusulas 6 y 7 de las Condiciones Generales.

Edad máxima de permanencia: 70 años

AMF LABORAL (SIN FRANQUICIA) **$ 50.000,00**

Asistencia Médica y Farmacéutica. Por persona Asegurada $ 50.000,00

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 0800 888 9787 (Opciones 1 y/o 2). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.riouruguay.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 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.

El temperamento expuesto no aplica a las pólizas emitidas por Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO
Se destaca la siguiente exclusión de cobertura:
k. Lesiones meniscales de rodilla y lesiones ligamentarias (ligamentos cruzados anterior y posterior).

Condiciones Generales:

CLAUSULA ADICIONAL 1: - CLAUSULA 2: - CLAUSULA ADICIONAL 2: - CLAUSULA 3: - CLAUSULA ADICIONAL 3: - CLAUSULA 4: - CLAUSULA ADICIONAL 4: - CLAUSULA 5: - CLAUSULA 6: - CLAUSULA ADICIONAL 6: - CLAUSULA 7: - CLAUSULA 8: - CLAUSULA 9: - CLAUSULA 10: - CLAUSULA 11: - CLAUSULA 12: - CLAUSULA 13: - CLAUSULA 14: - CLAUSULA 15: - CLAUSULA 16: - CLAUSULA 17: - CLAUSULA 18: - CLAUSULA 19: - CLAUSULA 20: - CLAUSULA 21: - CLAUSULA 22: - CLAUSULA 23: - CLAUSULA 24: - CLAUSULA 25: - CLAUSULA 26: - CLAUSULA 27: - CG_CL1 - ESPECIFICAS LABORALES - Subrogacion AP - ESPECIFICAS LABORALES - ANEXO I .-

Cláusulas Internas:

.-

Nómina de asegurados:

Grupo 1

Asegurado: 14498787 - CONDE CARLOS ALBERTO

Beneficiarios: 21511293 - DEPPELER CLAUDIA DEL CARMEN

FIRMA FACSIMIL DE POLIZA: La presente Póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

RIO URUGUAY SEGUROS Coop.Ltda.
Cr. Juan Carlos L. Godoy
PRESIDENTE
Consejo de Administración

CLAUSULA DE NO REPETICION
Los derechos emergentes de la presente póliza se transfieren a la/s Empresa/s:

30529826806-ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES

en la que el tomador se encuentra trabajando bajo contrato de servicios o de obra, hasta la concurrencia de cualquier suma que ésta se viera obligada a pagar al mismo por responsabilidad civil derivada de esa relación contractual (hasta el límite de la suma asegurada), quedando el saldo de la indemnización -si lo hubiere- a favor del asegurado o sus derecho-habientes.
No obstante no ser de aplicación la subrogación del asegurador en los derechos del asegurado contra el tercero responsable del evento dañoso, por expresa prohibición del artículo 80 de la ley 17.418, por tratarse de un seguro de personas (Capítulo III de la ley 17.418), queda expresamente entendido y convenido que Río Uruguay Seguros no podrá iniciar la acción de repetición o de regreso de las sumas o prestaciones abonadas en caso de siniestro, contra la/s Empresa/s

30529826806-ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES

y sus directivos, empleados y/u obreros. Por la misma razón, al no tratarse de una aseguradora de Riesgos del Trabajo, ni de un Seguro de riesgos del Trabajo, no podrá iniciar la acción de repetición de las prestaciones dadas al asegurado, prevista en el art. 39.5 de la ley 24.557.
El incumplimiento estricto de las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o la infracción de cualquier manera de la ley 19.587, su Decreto Reglamentario n° 351/79, y las normativas que sobre el particular han dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y las provincias, configurará un supuesto de agravación del riesgo que deberá ser comunicado a Río Uruguay Seguros, de acuerdo a lo previsto en el artículo 37 y siguientes de la ley 17.418. En caso de incumplimiento con esta carga contractual, esta cláusula de no repetición cesará y quedará rescindida, como si no hubiera sido incluida, quedando liberada la aseguradora para la promoción de la acción de regreso.
El presente certificado se extiende a pedido del asegurado en Concepción del Uruguay, Entre Ríos, 27/07/2022 por el término de vigencia de la presente póliza, para ser presentado ante quien corresponda, careciendo de todo valor una vez operado el vencimiento del mismo.

RUS®
RIO URUGUAY SEGUROS

CUIT: 30-50006171-1
Congreso de Tucumán 21
Tel. (03442) 420200 - Líneas rotativas.
(E3260FTA) Concepción del Uruguay - Entre Ríos
Internet: http://www.riouruguay.com.ar
E-Mail: atencionalasegurado@riouruguay.com.ar

CERTIFICADO INCORPORACION N° 279358/1

Póliza: 00:12:279358 **Endoso:** 0
Motivo del Endoso: Emision de Poliza
Sección: ACCIDENTES PERSONALES
Renueva: **********
Lugar de Emisión: CONCEPCION DEL URUGUAY
Fecha: 27/07/2022

Productor: QUINTANA CLAUDIA ALEJANDRA
Matrícula: 71906

Tomador: CONDE CARLOS ALBERTO
Domicilio Real: DESEADO 4225
Localidad: (1754) SAN JUSTO / Buenos Aires
CUIT/CUIL: 14.498.787
Asociado N°: 54354788
Productor: 12343 **Cobrador:**

Asegurado:

Nombre	DNI / CUIT / CUIL
CONDE CARLOS ALBERTO	14498787

Beneficiarios:

Nombre / Razon Social	DNI / CUIT / CUIL
DEPPELER CLAUDIA DEL CARMEN	

Vigencia de las Coberturas:

Desde: 27/07/2022, hasta: 27/07/2023

Riesgo Cubiertos:

MUERTE E INCAPACIDAD LABORAL	**$ 1.500.000,00**
AMF LABORAL (SIN FRANQUICIA)	**$ 50.000,00**

Condiciones Particulares:

El asegurado conviene en celebrar el presente contrato de seguro relativo a las prestaciones estipuladas a

AP LABORAL
Muerte o Invalidez Permanente causados por accidente al Asegurado en el ejercicio de su profesión, actividad o empleo, dentro del horario, en ocasión y en el ámbito habitual de cumplir las tareas declaradas en la solicitud de celebración del contrato, incluido el accidente denominado "in itínere".
Actividad: Profesionales: Independientes
En caso de Muerte por accidente, por persona asegurada, la suma de $ 1.500.000,00
En caso de Invalidez Permanente por accidente, por persona asegurada, hasta la suma de $ 1.500.000,00
o la proporción de la suma indicada mas arriba, según el grado de la lesión, de acuerdo a lo establecido en las cláusulas 6 y 7 de las Condiciones Generales.

Edad máxima de permanencia: 70 años

AMF LABORAL (SIN FRANQUICIA)
Asistencia Médica y Farmacéutica. Por persona Asegurada $ 50.000,00

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
SR. ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

IMPORTANTE: Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C. 1067), Ciudad de Buenos Aires; o a los teléfonos: 0800-666-8400 (línea gratuita)-(011)4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse vía Internet en la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

FIRMA FACSIMIL DE PÓLIZA: La presente Póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Si el texto de esta póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un nes de haber recibido la póliza (Art.12 - Ley de Seguros)

RIO URUGUAY SEGUROS Coop.Ltda.
Cr. Juan Carlos L. Godoy
PRESIDENTE
Consejo de Administración
ACLARACIÓN

SERVI GROUP

SERVICIO
de KURT A. FUENTES
M. Bufano 4578 - CP 1766
Tablada - Tel.: 4484-5284
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

X

DOCUMENTO NO VALIDO COMO FACTURA

C.U.I.T.: Nº 20-23568171-5 - Ingresos Brutos C.M.:20-23568171-5
Inicio de actividades: 22/12/2007

RECIBO Nº 09213/4

Fecha: 26/03/23

TALÓN PARA EL CLIENTE

DATOS DEL ADHERENTE

NOMBRE: CONDE CARLOS
DOMICILIO DESEADO 4225
1754 SAN JUSTO

PAGADO
Monseñor Bufano 3223
Tel: 6082-0556

POLIZA	VIGENCIA
279164	26/03/2023 A 26/04/2023

DATOS DEL OBJETO DEL CONVENIO

"ACCIDENTES PERSONALES"

Con clausula de no repeticon
Empresa:Asociacion civil Educaticva
Escocesa San Andres

DATOS COMERCIALES

RASTREO SATELITAL

RIO URUGUAY 785,00

TOTAL **$ 785,00**

26/03/23 Hs.:
FECHA Y HORA DE COBRO

KARINA BARRENECHE
ASESORA DE SEGUROS

OBLIGATORIO CONTROLAR - "RASTREO SATELITAL" - CONTROLE EL VALOR DE SU VEHICULO