SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante HERGENRETER, JUAN JOSE Mat:3819137.7 Poliza:60/015687
Domicilio: DE LOS VIÑEDOS 870 CONCORDIA

El Contratante ha suscripto un seguro de Accidentes Personales, en un todo de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares que forman parte del presente contrato, cuyas condiciones son:

Vigencia: desde el 24/10/2023 hasta el 24/10/2024
Actividad: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado, ocurridos durante el desarrollo de su actividad laboral especifica.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 5000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 5000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 500000 con Franquicia de $ 800,00.
Beneficiario
HEREDEROS LEGALES
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 1556.0

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $75.000.
Gastos de Alojamiento y Traslado: con motivo del accidente sufrido por la persona Asegurada a mas de 100 KM. de su domicilio habitual se reintegrara hasta $11.000 por gastos.
Endosado favor de:
30-54808315-6 COTO C.I.C.S.A.----------
30-50111112-7 HOLCIM ARGENTINA SA----------
30-68731043-4 INC SOCIEDAD ANONIMA----------
30-68728043-8 LOGINTER S.A.----------
30-70984401-2 LOGISU S.A.----------
30-54309665-9 DOS HERMANOS S.A----------
30-50053085-1 LOMA NEGRA CIA. INDUSTRIAL ARGENTINA S.A.----------
30-50052907-1 SAINT GOBAIN ARGENTINA S.A.----------
30-58462038-9 CARREFOUR ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-50177086-4 PALMAR SA----------
30-62989561-9 CERAMICA FANELLI SA----------
30-62674083-5 HOLCIM SA----------
30-71020467-1 N. FERRARIS S.A.----------
30-70722573-0 SISTEMAS DE FIJACIONES S.A.----------

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

30-71528161-5 SISTEMA DE FIJACIONES S.A----------
33-50188004-9 SIKA ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA INDUSTRIAL COMERCIAL----
30-64258045-7 CRISTACOL S.A----------
33-62779436-9 COMPLEJO PORTUARIO EUROAMERICA SA----------

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 sea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o exdependiente de la Empresa Contratista por Accidentes del Trabajo o enfermedades profesionales sufridas o contraídas 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 a "El Endosatario", en forma fehaciente, los incumplimientos 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.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 27 días del mes de diciembre de 2023.

Le recordamos que puede consultar las Condiciones de su Seguro, obtener la copia, comprobantes de pago y facturas en nuestro sitio www.segurosrivadavia.com ingresando al sistema de Autogestion para Asegurados.

Imprima solo la documentacion necesaria. Piense en nuestro medio ambiente.

Nomina de la Poliza 60/015687
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 31365181	HERGENRETER JUAN JOSE	14/01/1985	24/10/2023

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante HERGENRETER, JUAN JOSE Mat:3819137.7 Poliza:60/015687
Domicilio: DE LOS VIÑEDOS 870 CONCORDIA

El Contratante ha suscripto un seguro de Accidentes Personales, en un todo de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares que forman parte del presente contrato, cuyas condiciones son:

Vigencia: desde el 24/10/2023 hasta el 24/10/2024
Actividad: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado, ocurridos durante el desarrollo de su actividad laboral especifica.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 5000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 5000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 500000 con Franquicia de $ 800,00.
Beneficiario
HEREDEROS LEGALES
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 1556.0

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $75.000.
Gastos de Alojamiento y Traslado: con motivo del accidente sufrido por la persona Asegurada a mas de 100 KM. de su domicilio habitual se reintegrara hasta $11.000 por gastos.
Endosado favor de:
30-54808315-6 COTO C.I.C.S.A.----------
30-50111112-7 HOLCIM ARGENTINA SA----------
30-68731043-4 INC SOCIEDAD ANONIMA----------
30-68728043-8 LOGINTER S.A.----------
30-70984401-2 LOGISU S.A.----------
30-54309665-9 DOS HERMANOS S.A----------
30-50053085-1 LOMA NEGRA CIA. INDUSTRIAL ARGENTINA S.A.----------
30-50052907-1 SAINT GOBAIN ARGENTINA S.A.----------
30-58462038-9 CARREFOUR ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-50177086-4 PALMAR SA----------
30-62989561-9 CERAMICA FANELLI SA----------
30-62674083-5 HOLCIM SA----------
30-71020467-1 N. FERRARIS S.A.----------
30-70722573-0 SISTEMAS DE FIJACIONES S.A.----------

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

30-71528161-5 SISTEMA DE FIJACIONES S.A----------
33-50188004-9 SIKA ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA INDUSTRIAL COMERCIAL----
30-64258045-7 CRISTACOL S.A----------
33-62779436-9 COMPLEJO PORTUARIO EUROAMERICA SA----------

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 sea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o exdependiente de la Empresa Contratista por Accidentes del Trabajo o enfermedades profesionales sufridas o contraídas 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 a "El Endosatario", en forma fehaciente, los incumplimientos 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.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 27 días del mes de diciembre de 2023.

Le recordamos que puede consultar las Condiciones de su Seguro, obtener la copia, comprobantes de pago y facturas en nuestro sitio www.segurosrivadavia.com ingresando al sistema de Autogestion para Asegurados.

Imprima solo la documentacion necesaria. Piense en nuestro medio ambiente.

Nomina de la Poliza 60/015687
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 31365181	HERGENRETER JUAN JOSE	14/01/1985	24/10/2023

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante HERGENRETER, JUAN JOSE Mat:3819137.7 Poliza:60/015687
Domicilio: DE LOS VIÑEDOS 870 CONCORDIA

El Contratante ha suscripto un seguro de Accidentes Personales, en un todo de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares que forman parte del presente contrato, cuyas condiciones son:

Vigencia: desde el 24/10/2023 hasta el 24/10/2024
Actividad: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado, ocurridos durante el desarrollo de su actividad laboral especifica.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 5000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 5000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 500000 con Franquicia de $ 800,00.
Beneficiario
HEREDEROS LEGALES
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 1556.0

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $75.000.
Gastos de Alojamiento y Traslado: con motivo del accidente sufrido por la persona Asegurada a mas de 100 KM. de su domicilio habitual se reintegrara hasta $11.000 por gastos.
Endosado favor de:
30-54808315-6 COTO C.I.C.S.A.----------
30-50111112-7 HOLCIM ARGENTINA SA----------
30-68731043-4 INC SOCIEDAD ANONIMA----------
30-68728043-8 LOGINTER S.A.----------
30-70984401-2 LOGISU S.A.----------
30-54309665-9 DOS HERMANOS S.A----------
30-50053085-1 LOMA NEGRA CIA. INDUSTRIAL ARGENTINA S.A.----------
30-50052907-1 SAINT GOBAIN ARGENTINA S.A.----------
30-58462038-9 CARREFOUR ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-50177086-4 PALMAR SA----------
30-62989561-9 CERAMICA FANELLI SA----------
30-62674083-5 HOLCIM SA----------
30-71020467-1 N. FERRARIS S.A.----------
30-70722573-0 SISTEMAS DE FIJACIONES S.A.----------

-
-

Certificado Póliza Nº 60/015687 Hoja 1
CUIP:0222002010020000000000000060060156870000000000099233136518190--10000052977000000000001005

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

30-71528161-5 SISTEMA DE FIJACIONES S.A----------
33-50188004-9 SIKA ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA INDUSTRIAL COMERCIAL----
30-64258045-7 CRISTACOL S.A----------
33-62779436-9 COMPLEJO PORTUARIO EUROAMERICA SA----------
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------

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 sea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o exdependiente de la Empresa Contratista por Accidentes del Trabajo o enfermedades profesionales sufridas o contraídas 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 a "El Endosatario", en forma fehaciente, los incumplimientos 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.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 9 días del mes de enero de 2024.

Le recordamos que puede consultar las Condiciones de su Seguro, obtener la copia, comprobantes de pago y facturas en nuestro sitio www.segurosrivadavia.com ingresando al sistema de Autogestion para Asegurados.

Imprima solo la documentacion necesaria. Piense en nuestro medio ambiente.

Nomina de la Poliza 60/015687
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 31365181	HERGENRETER JUAN JOSE	14/01/1985	24/10/2023

CUIP:02220020100200000000000000600601568700000000000099233136518190--10000052977000000000000001005

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante HERGENRETER, JUAN JOSE Mat:3819137.7 Poliza:60/015687
Domicilio: DE LOS VIÑEDOS 870 CONCORDIA

El Contratante ha suscripto un seguro de Accidentes Personales, en un todo de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares que forman parte del presente contrato, cuyas condiciones son:

Vigencia: desde el 24/10/2023 hasta el 24/10/2024
Actividad: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado, ocurridos durante el desarrollo de su actividad laboral especifica.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 5000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 5000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 500000 con Franquicia de $ 800,00.
Beneficiario
HEREDEROS LEGALES
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 1556.0

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $75.000.
Gastos de Alojamiento y Traslado: con motivo del accidente sufrido por la persona Asegurada a mas de 100 KM. de su domicilio habitual se reintegrara hasta $11.000 por gastos.
Endosado favor de:
30-54808315-6 COTO C.I.C.S.A.----------
30-50111112-7 HOLCIM ARGENTINA SA----------
30-68731043-4 INC SOCIEDAD ANONIMA----------
30-68728043-8 LOGINTER S.A.----------
30-70984401-2 LOGISU S.A.----------
30-54309665-9 DOS HERMANOS S.A----------
30-50053085-1 LOMA NEGRA CIA. INDUSTRIAL ARGENTINA S.A.----------
30-50052907-1 SAINT GOBAIN ARGENTINA S.A.----------
30-58462038-9 CARREFOUR ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-50177086-4 PALMAR SA----------
30-62989561-9 CERAMICA FANELLI SA----------
30-62674083-5 HOLCIM SA----------
30-71020467-1 N. FERRARIS S.A.----------
30-70722573-0 SISTEMAS DE FIJACIONES S.A.----------

-
-

Certificado Póliza Nº 60/015687 Hoja 1
CUIP:0222002010020000000000000060060156870000000000099233136518190--10000052977000000000001005

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4

SEGUROS RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

30-71528161-5 SISTEMA DE FIJACIONES S.A----------
33-50188004-9 SIKA ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA INDUSTRIAL COMERCIAL----
30-64258045-7 CRISTACOL S.A----------
33-62779436-9 COMPLEJO PORTUARIO EUROAMERICA SA----------
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------

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 sea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o exdependiente de la Empresa Contratista por Accidentes del Trabajo o enfermedades profesionales sufridas o contraídas 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 a "El Endosatario", en forma fehaciente, los incumplimientos 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.

SE DEJA CONSTANCIA QUE EL ASEGURADO DESIGNA COMO PRIMER BENEFICIARIO DE LA IND EMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA COBERTURA CONTRATADA A LA/S EMPRESA /S R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5 CONFORME CORRESPONDA EN VIRTUD D E QUE TAL DESIGNACIÓN TIENE COMO CONDICIÓN QUE EL HECHO CUBIERTO SE PRODUZCA E N OCASIÓN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE PRESTANDO SERVICIOS PARA LA EMPRESA Y DENTRO DE SUS INSTALACIONES.----------

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 18 días del mes de enero de 2024.
Le recordamos que puede consultar las Condiciones de su Seguro, obtener la copia, comprobantes de pago y facturas en nuestro sitio www.segurosrivadavia.com ingresando al sistema de Autogestion para Asegurados.
Imprima solo la documentacion necesaria. Piense en nuestro medio ambiente.

Nomina de la Poliza 60/015687
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 31365181	HERGENRETER JUAN JOSE	14/01/1985	24/10/2023

CUIP:02220020100200000000000000600601568700000000000099233136518190--10000052977000000000000001005

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4