RUS

Razón Social: RIO URUGUAY COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA
CUIT: 30-50006171-1
Congreso de Tucumán 21
Servicio 24 hs. 0800-888-7787
(E3260FTA) Concepción del Uruguay - Entre Ríos
Internet: http://www.rouruguay.com.ar
E-Mail: atencionalasegurado@rouruguay.com.ar
Esta póliza ha sido aprobada por la SSN por Resolución Proveído N°8.078.

Código de LINK PAGOS/PAGO MIS CUENTAS: 01201137622

Póliza: 00:12:373291 **Endoso:** 1
Motivo del Endoso: Incluye Subrogante
Sección: ACCIDENTES PERSONALES
Renueva:
Lugar de Emisión: CONCEPCION DEL URUGUAY
Fecha: 20/12/2023

Productor: SCHERPF ERIC GERMAN
Matrícula: 74510

Datos del Tomador / Asegurado

Asegurado: SMIETANA TADEO
Domicilio Real: GOUCHON 532
Localidad: (3280) COLON / Entre Rios
DNI / CUIL: 20-23531225-6 00:12:373291
Asociado N°: 1434330 **Productor:** 12424 **Cobrador:**

Vigencia:
Desde: 21/12/2023
Hasta: 20/06/2024

Bolsa de Envío
101-CONCEPCION DEL URUGUAY - 3260

Liquidación del Premio

Prima:	0,00	**Percepción:**	0,00	**********	**********
Rec.Financ.:	0,00	**I.V.A.:**	0,00	**********	**********
T.E.A.:	33,80%	**Impuestos:**	0,00	**********	**********
Ctas.Soc.:	0	**********	**********	**Premio:**	$ 0

Plan de Pago

Cuota	Vencimiento	Importe	Cuota	Vencimiento	Importe

Observaciones:

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.

IMPORTANTE: 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 mes de haber recibido la póliza (Art.12 - Ley de Seguros)

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

Código Seguimiento SSN:

Continúa en la página 2.-

RUS

CUIT: 30-50006171-1
Congreso de Tucumán 21
Servicio 24 hs. 0800-888-7787
(E3260FTA) Concepción del Uruguay - Entre Ríos
Internet: http://www.rouruguay.com.ar
E-Mail: atencionalasegurado@rouruguay.com.ar

Póliza	Endoso
00:12:373291	1

Asegurado o Tomador
SMIETANA TADEO

Por la presente dejo constancia de haber recibido la póliza / endoso cuyo número consta en la presente, el plan de pagos que forma parte integrante de la misma, las cláusulas adicionales y las condiciones generales.

FIRMA

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LAS CONDICIONES DE ACEPTACIÓN DE LA COBERTURA Y DE EMISIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA RESPONDEN A LAS QUE PROPUSE CON EL ASESORAMIENTO DEL PRODUCTOR ASESOR DE SEGUROS SR SCHERPF ERIC GERMAN, MATRICULA SSN N°74510, LAS QUE ME FUERON PREVIAMENTE EXPUESTAS Y EXPLICADAS (ARTS. 4, 11, 12 LEY 17.418, Y ARTS. 24 Y 25 LEY

RUS

Frente de Póliza de Accidentes Personales

Póliza: 00:12:373291 **Endoso:** 1

Vigencia: 21/12/2023 - 20/06/2024

Riesgos Cubiertos:

Grupo 1 **$ 5.000.000,00**

MUERTE E INCAPACIDAD 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 itinere".
Actividad: Transportes: Chofer de camiones y maquinarias
En caso de Muerte por accidente, por persona asegurada, la suma de $ 5.000.000,00
En caso de Invalidez Permanente por accidente, por persona asegurada, hasta la suma de $ 5.000.000,00 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 PRESTACIONAL LABORAL
Cubre sin límite de suma asegurada ni franquicia las prestaciones médico farmacéuticas que sean consecuencia directa de un accidente cubierto.
Medicar Work S.A. brindará los servicios de prestación de asistencia médico-farmacéutica incluidos en la presente póliza.
El plazo de esta cobertura será hasta la curación completa del Asegurado o mientras subsistan los síntomas o al cumplirse el límite de 180 días anuales desde la ocurrencia del accidente, lo que ocurra primero.
Para la prestación de Protésis el límite de suma asegurada es de $100.000
La cobertura cesará a partir del momento en que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

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 (ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior, ligamento colateral medial o lateral interno y ligamento colateral lateral o lateral externo).
En caso de siniestro llamar al telefono 0810-444-9675

Para obtener el beneficio previsto en esta Condición Específica, corresponde al Asegurado o a su representante y/ o beneficiario, comunicarse con la central operativa de Medicar Work S.A. dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho, al número 0810-444-9675, durante las 24 horas los 365 días del año, indicando:
a) número de póliza, nombre y apellido del asegurado, DNI del asegurado y descripción del hecho.
b) presentarse ante el Prestador Médico con Documento de Identidad.
c) facilitar cualquier comprobación.

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 7: - CLAUSULA ADICIONAL 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: - CA-NO REPETICION ACCC - CG_CL1 - ESPECIFICAS LABORALES - Subrogacion AP - ESPECIFICAS LABORALES - ANEXO I .-

Cláusulas Internas:

CA-AP-NR Pol.256641.-

Nómina de asegurados:

Grupo 1
Asegurado: 45847751 - SMIETANA JUAN MANUEL
Beneficiarios:
Asegurado: 23531225 - SMIETANA TADEO
Beneficiarios: 23531225 - SMIETANA TADEO

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