MedicarWork

Rafaela, 10 de Setiembre de 2024.-

Chubb Seguros Argentina S.A y Nueva Mutual de Servicios renuncian en forma expresa a iniciar toda acción de repetición contra: RPBSA; CUIT 30-66313737-5 sus funcionarios, empleados u obreros, bien sea con fundamento en el Art. 39.5 de la ley 24.557 o en cualquier norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal alcanzado por las prestaciones de la presente póliza y/o certificado, por accidentes de trabajo sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

**Certificado: 681797**
**Póliza: 2.528.366**

El presente certificado tiene una validez de 30 días desde la fecha de su emisión

ANDRES DUVERNE
PRESIDENTE

NU.MU.SE. Nueva Mutual de Servicios

MedicarWork CHUBB

# LIBRE DEUDA

Rafaela, 10 de septiembre de 202

A quien corresponda

Por medio de la presente dejo constancia que el Asociado: CARRILLO, WALTER SALVADOR abonó en tiempo y forma el Certificado de Prestaciones Nº 681797, Vigencia: 21/07/2024 - 18/11/2024, no existiendo deuda alguna por este concepto hasta la fecha 18 de noviembre de 2024.

Póliza: 2.528.366

Espero tome debida nota de lo expuesto.

Saludo a Ud. muy atte.

ANDRÉS DUVERNE

PRESIDENTE

Lavalle 219 - Planta Alta | Rafaela :: CUIT: 30-71099851-1
Tel.: 03492 - 428353 | Fax: 03492 - 452511 | info@medicarw.com.ar

MedicarWork

## CERTIFICADO DE PRESTACIONES

Certificado: **681797**

ASOCIADO: **CARRILLO, WALTER SALVADOR**
DOMICILIO: **CALLE S/NOMBRE**
LOCALIDAD: **LA CLARITA** PROVINCIA: **ENTRE RIOS**

**VIGENCIA a partir de las 01:30 horas del día 21/07/2024 y hasta las 23:59 horas del día 18/11/2024**

**El socio queda cubierto por CHUBB SEGUROS ARGENTINA S.A. , poliza 2.528.366, en los riesgos de:**

- Muerte e invalidez total por accidente hasta la suma de **$ 7000000.00**
- Invalidez parcial por accidente s/cláusula condiciones de póliza hasta la suma de **$ 7000000.00**

**por la MUTUAL prestadora médica asistencial:**

| | | |
|---|---|---|
| - Asistencia médico - farmacéutica s/límites | | [__] |
| - Asistencia médico - farmacéutica c/límites | **$3000000** | [XX] |
| - Deducible (según anexo) | | [__] |
| - Sepelio hasta la suma de | **$ 200000** | [XX] |
| - Protesis y/u Ortesis hasta la suma de | **s/anexo** | [XX] |
| - Personal permanente | | [XX] |
| - Personal adicional | | [__] |

### Plan de pagos:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 21/07/2024 | 12966.00 | 21/08/2024 | 12965.00 | 21/09/2024 | 12965.00 |
| 21/10/2024 | 12965.00 | | | | |

### ANEXO - Detalle del personal (Operacion: 81506625) Vigencia: 21/07/2024 - 18/11/2024 (01:30:08 hs.)

| Item | Nombre | Actividad | Suma Asegurada | Documento | Fecha Nacim. | A.M. y F. | Sepelio | Protesis y/u Ortesis | Renta diaria por Internacion | Hernia | Beneficiario | Dias prest. AMyF(1) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CARRILLO, WALTER SALVADOR | CHOFER | 7000000.00 | DNI-21425237 | 20/02/1970 | 3000000.00 | 200000.00 | 200000 | 0.00 | 100000.00 | BLANC MARIA CRISTINA DNI 22.661.012. MIENTRAS DESARROLLE SUS TAREAS DENTROS DE LASINSTALACIONES R.P.B.S.A. CUIT 30-66313737-5, HOLCIM ARGENTINA SA CUIT 3050111127 | 365 |

**Contrariamente a lo establecido en el art 15 de las Condiciones Generales de este contrato, Numuse, cubre Protesis y/u Ortesis, hasta la suma detallada en este certificado.**

**La asistencia médica y farmaceutica es hasta el monto detallado en este certificado, o hasta que se cumplan los dias indicados en (1) a contarse desde la fecha de ocurrencia del siniestro (lo que se de primero).**

**La presente contratacion no ampara accidentes ocurridos a una altura superior a 7 metros. Esta altura se reduce a 4 metros, cuando la actividad sea Podador.**

**BENEFICIO ADICIONAL: SEPELIO**

**La Mutual otorga el beneficio adicional de SEPELIO, por las sumas que se detallan en Certificado y/o sus Anexos, para amparar el fallecimiento por cualquier causa de las personas para quienes se encuentre contratado dicho beneficio. Es de carácter indemnizatorio, con carencia de 30 días en caso de fallecimiento por enfermedad y SIN carencia en caso que el fallecimiento sea a causa de un accidente.**

**Hernia: La Mutual otorgará al socio, en concepto de subsidio, la suma contratada y específicamente determinada con motivo de practicársele alguna de las intervenciones quirúrgicas que se detallan taxativamente a continuación, bajo los códigos: 08.02.03/ 08.02.05/ 12.17.01, siempre y cuando la misma se efectúe durante la vigencia del certificado.**

**Período de Carencia: se establece un período de carencia de 60 días desde la fecha de contratación. Este período no**

**regirá en los casos que la intervención sea ocasionada por accidente ocurrido luego de la fecha contratación de esta prestación.**
**Requisitos para la validez del diagnóstico: se deberá realizar la denuncia de la intervención quirúrgica dentro de los 30 días de realizada la misma, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico y tratamiento efectuado, en formulario provisto por la Mutual, acompañado de documentación respaldatoria originada en certificaciones y resultados practicados. La omisión o demora en tal comunicación, dará lugar a la pérdida del derecho del socio a percibir el beneficio previsto, salvo casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.**

Emitido el día: 25/07/2024

---

Lavalle 219-PA . Rafaela S2300GQE . Santa Fe
Tel (03492) 428353 . 0810 444 WORK (9675) . Fax (03492) 452511
E-mail: info@medicarw.com.ar Website: www.medicarw.com.ar
de Nueva Mutual de Servicios NU.MU.SE.

Descargar pdf

MedicarWork

## CERTIFICADO DE PRESTACIONES

Certificado:**681797**

ASOCIADO:**CARRILLO, WALTER SALVADOR**
DOMICILIO:**CALLE S/NOMBRE**
LOCALIDAD:**LA CLARITA** PROVINCIA:**ENTRE RIOS**

**VIGENCIA a partir de las 01:30 horas del día 21/07/2024 y hasta las 23:59 horas del día 18/11/2024**

**El socio queda cubierto por CHUBB SEGUROS ARGENTINA S.A. , poliza 2.528.366, en los riesgos de:**

- Muerte e invalidez total por accidente hasta la suma de **$ 7000000.00**
- Invalidez parcial por accidente s/cláusula condiciones de póliza hasta la suma de **$ 7000000.00**

**por la MUTUAL prestadora médica asistencial:**

| | | |
|---|---|---|
| - Asistencia médico - farmacéutica s/límites | | [__] |
| - Asistencia médico - farmacéutica c/límites | **$3000000** | [XX] |
| - Deducible (según anexo) | | [__] |
| - Sepelio hasta la suma de | **$ 200000** | [XX] |
| - Protesis y/u Ortesis hasta la suma de | **s/anexo** | [XX] |
| - Personal permanente | | [XX] |
| - Personal adicional | | [__] |

### Plan de pagos:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 21/07/2024 | 12966.00 | 21/08/2024 | 12965.00 | 21/09/2024 | 12965.00 |
| 21/10/2024 | 12965.00 | | | | |

### ANEXO - Detalle del personal (Operacion: 81506625) Vigencia: 21/07/2024 - 18/11/2024 (01:30:08 hs.)

| Item | Nombre | Actividad | Suma Asegurada | Documento | Fecha Nacim. | A.M. y F. | Sepelio | Protesis y/u Ortesis | Renta diaria por Internacion | Hernia | Beneficiario | Días prest. AMyF(1) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CARRILLO, WALTER SALVADOR | CHOFER | 7000000.00 | DNI-21425237 | 20/02/1970 | 3000000.00 | 200000.00 | 200000 | 0.00 | 100000.00 | BLANC MARIA CRISTINA DNI 22.661.012. MIENTRAS DESARROLLE SUS TAREAS DENTROS DE LASINSTALACIONES R.P.B.S.A. CUIT 30-66313737-5, HOLCIM ARGENTINA SA CUIT 3050111127 | 365 |

**Contrariamente a lo establecido en el art 15 de las Condiciones Generales de este contrato, Numuse, cubre Protesis y/u Ortesis, hasta la suma detallada en este certificado.**

**La asistencia médica y farmacéutica es hasta el monto detallado en este certificado, o hasta que se cumplan los días indicados en (1) a contarse desde la fecha de ocurrencia del siniestro (lo que se de primero).**

**La presente contratacion no ampara accidentes ocurridos a una altura superior a 7 metros. Esta altura se reduce a 4 metros, cuando la actividad sea Podador.**

**BENEFICIO ADICIONAL: SEPELIO**

**La Mutual otorga el beneficio adicional de SEPELIO, por las sumas que se detallan en Certificado y/o sus Anexos, para amparar el fallecimiento por cualquier causa de las personas para quienes se encuentre contratado dicho beneficio. Es de carácter indemnizatorio, con carencia de 30 días en caso de fallecimiento por enfermedad y SIN carencia en caso que el fallecimiento sea a causa de un accidente.**

**Hernia: La Mutual otorgará al socio, en concepto de subsidio, la suma contratada y**

**específicamente determinada con motivo de practicársele alguna de las intervenciones quirúrgicas que se detallan taxativamente a continuación, bajo los códigos: 08.02.03/ 08.02.05/ 12.17.01, siempre y cuando la misma se efectúe durante la vigencia del certificado.**
**Período de Carencia: se establece un período de carencia de 60 días desde la fecha de contratación. Este período no regirá en los casos que la intervención sea ocasionada por accidente ocurrido luego de la fecha contratación de esta prestación.**
**Requisitos para la validez del diagnóstico: se deberá realizar la denuncia de la intervención quirúrgica dentro de los 30 días de realizada la misma, con un informe escrito por un especialista con el diagnóstico y tratamiento efectuado, en formulario provisto por la Mutual, acompañado de documentación respaldatoria originada en certificaciones y resultados practicados. La omisión o demora en tal comunicación, dará lugar a la pérdida del derecho del socio a percibir el beneficio previsto, salvo casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.**

Emitido el día: 23/09/2024

---

Lavalle 219-PA . Rafaela S2300GQE . Santa Fe
Tel (03492) 428353 . 0810 444 WORK (9675) . Fax (03492) 452511
E-mail: info@medicarw.com.ar Website: www.medicarw.com.ar
de Nueva Mutual de Servicios NU.MU.SE.

NU.MU.SE. Nueva Mutual de Servicios

MedicarWork CHUBB

# LIBRE DEUDA

Rafaela, 23 de septiembre de 202

A quien corresponda

Por medio de la presente dejo constancia que el Asociado: CARRILLO, WALTER SALVADOR abonó en tiempo y forma el Certificado de Prestaciones Nº 681797, Vigencia: 21/07/2024 - 18/11/2024, no existiendo deuda alguna por este concepto hasta la fecha 18 de noviembre de 2024.

Póliza: 2.528.366

Espero tome debida nota de lo expuesto.

Saludo a Ud. muy atte.

ANDRÉS DUVERNE

PRESIDENTE

Lavalle 219 - Planta Alta | Rafaela :: CUIT: 30-71099851-1
Tel.: 03492 - 428353 | Fax: 03492 - 452511 | info@medicarw.com.ar