Buenos Aires, martes 24 de septiembre de 2024
Señores
SAUAN JUAN ALEJANDRO
Presente

Ref.:Seguro Riesgos del Trabajo
Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557

De nuestra consideración:

Atento a su requerimiento y a los fines de cumplimentar las necesidades de su compañía les informamos que:

a) Conste por la presente que SWISS MEDICAL ART S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra **RPB S.A CUIT 30663137375,** sus funcionarios, empleados, obreros y/o sus derechohabientes, sea con fundamento en el art. 39, ap. 5, de la Ley Nº 24.557, sea en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex dependiente de **SAUAN JUAN ALEJANDRO,** amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº **257684**, Póliza Digital SRT Nro. **5585350**, por accidentes del trabajo, accidentes in itinere o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo. Esta **Cláusula de no repetición** cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

b) El presente certificado tiene una vigencia de 30 días contados desde la fecha de emisión.

Gustavo Cajiau
Gerente de Operaciones
SWISS MEDICAL ART S.A.

Código de autenticidad: 62-254900-2650703.

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al teléfono 0800-222-7854.

Buenos Aires, martes 24 de septiembre de 2024
Señores
SAUAN JUAN ALEJANDRO
Presente

Ref.:Seguro Riesgos del Trabajo
Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557

De nuestra consideración:

Por medio de la presente extendemos constancia del Seguro de Riesgos del Trabajo según las siguientes especificaciones:

La empresa **SAUAN JUAN ALEJANDRO,** contrato Nro. **257684**, Póliza Digital SRT Nro.**5585350**, C.U.I.T. **20357064148**, actividad **Servicio de transporte automotor de cargas n.c.p. (Incluye servicios de transporte de carga refrigerada y transporte pesado)**, cobertura: **según Ley de Riesgos del Trabajo N°24.557**, límites: **según lo establecido en la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24557** , ubicación: **República Argentina**. Vigencia: **14 de julio de 2024 - 31 de julio de 2025**

El presente certificado tendrá **validez** hasta el **24 de octubre de 2024**.

Nómina del personal cubierto:

20301529504 BENITEZ CESAR GASTON

20335641958 GOMEZ JUAN BAUTISTA

20215958869 MENNA JAIME ANTONIO

Gustavo Cajiau
Gerente de Operaciones
SWISS MEDICAL ART S.A.

La presente nómina se confirmará con los CUIL declarados con el pago de las cargas sociales del mes en curso.

Código de autenticidad: 60-254900-2651090.

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al teléfono 0800-222-7854.

MedicarWork

Certificado de Prestaciones

Certificado: **729542**

ASOCIADO: **SAUAN JUAN ALEJANDRO**
DOMICILIO: **L.HERRERA 65**
LOCALIDAD: **VILLAGUAY** PROVINCIA: **ENTRE RIOS**

VIGENCIA a partir de las 09:22 horas del día 19/09/2024 y hasta las 23:59 horas del día 17/01/2025

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 **$ 4000000.00**
- Invalidez parcial por accidente s/cláusula condiciones de póliza hasta la suma de **$ 4000000.00**

por la MUTUAL prestadora médica asistencial:

- Asistencia médico - farmacéutica s/límites		[XX]
- Asistencia médico - farmacéutica c/límites	**$0**	[__]
- Deducible (según anexo)		[__]
- Sepelio hasta la suma de	**$ 200000**	[XX]
- Protesis y/u Ortesis hasta la suma de	**s/anexo**	[XX]
- Personal permanente		[XX]
- Personal adicional		[__]

Plan de pagos:

19/09/2024	28988.00	19/10/2024	28986.00	19/11/2024	28986.00

ANEXO - Detalle del personal (Operacion: 81546847) Vigencia: 19/09/2024 - 17/01/2025 (09:22:23 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	CARRUEGO KEVIN ALAN	CHOFER	4000000.00	DNI-34582966	26/07/1989	SIN LIMITES	200000.00	200000	0.00	200000.00	SAUAN JUAN ALEJANDRO	240

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 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.

Aclaración: El presente certificado es provisorio. La validez del mismo queda sujeto a la condición de aprobación definitiva por el Área de Emisión de la Mutual.

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.