SEGUROS
RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante SOLITO, ANA MARIA Mat:1204960.3 Poliza:16/10861
Domicilio: SOLIS 1056 (1078) C.A.B.A.

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 26/04/2024 hasta el 26/04/2025

Actividad: BIOQUÍMICO/A
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por los Asegurados indicados en la nomina adjunta. Alcance 24Hs

Coberturas
Muerte por Accidente $ 11000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 11000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 1000000 con Franquicia de $ 2500,00.
Beneficiario
En un todo de acuerdo a lo establecido en la Clausula 9 de las Condiciones Particulares.
Endosos: 002 003 009 010 011 095 101

Productor: 7053.2
Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $75.000, con un Limite por Acontecimiento de $150.000. 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, con un Limite por Acontecimiento de $33.000.

Endosado favor de:

CUIT: 30-52982680-6 ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES ----------

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 1 días del mes de OCTUBRE 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.

Rosana Ibarrart
Gerente General

SEGUROS
RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Nomina de la Poliza 16/010861
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 31234215	DURE NICOLAS	06/10/1984	26/04/2024
2	DNI 12904488	GRAND GRISELDA ALICIA	16/05/1957	26/04/2024
3	DNI 36696372	MUTTONI MARIA	24/06/1992	26/04/2024
4	DNI 11396463	SOLITO ANA MARIA	06/10/1954	26/04/2024
5	DNI 25083078	DARDUIN, ANA LAURA	13/02/1976	29/04/2024

Rosana Ibarrart
Gerente General