RUS®
RIO URUGUAY SEGUROS

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

Código de LINK PAGOS/PAGO MIS CUENTAS: 01201076420

Póliza 00:12:448655 **Endoso** 0
Motivo del Endoso: Emision de Poliza
Sección: ACCIDENTES PERSONALES
Renueva: 00:12:375436
Lugar de Emisión: CONCEPCION DEL URUGUAY
Fecha: 19/12/2024

Productor BENITEZ LUCIO MARTIN
Matrícula 95387

Datos del Tomador / Asegurado

Asegurado: CAMPOSTRINI CLAUDIO JOSE A.
Domicilio Real: JUJUY 1325
Localidad: (2820) GUALEGUAYCHU / Entre Rios
DNI / CUIT: 23-23386586-9 00:12:448655
Asociado N°: 11810191 **Productor** 8867 **Cobrador:**

Vigencia:
Desde 21/12/2024
Hasta 21/12/2025

03010764200400000007

Bolsa de Envío
101-CONCEPCION DEL URUGUAY - 3260

Liquidación del Premio

Prima:	29.886,00	**Percepción:**	0,00	**********	**********
Rec.Financ.:	3.541,49	**I.V.A.:**	7.019,77	**********	**********
T.E.A.:	33,80%	**Impuestos:**	401,13	**********	**********
Ctas.Soc.:	11.955	**********	**********	**Premio:**	$ 52.804

Plan de Pago

Cuota	Vencimiento	Importe	Cuota	Vencimiento	Importe
1	23/12/2024	5.281,00	7	23/06/2025	5.280,00
2	22/01/2025	5.281,00	8	22/07/2025	5.280,00
3	24/02/2025	5.281,00	9	22/08/2025	5.280,00
4	24/03/2025	5.281,00	10	22/09/2025	5.280,00
5	22/04/2025	5.280,00			
6	22/05/2025	5.280,00			

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 via Internet en la siguiente dirección: http://wwww.ssn.gov.ar.

FIRMA DE PÓLIZA: La presente Póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.7 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®
RIO URUGUAY SEGUROS

Póliza	Endoso
00:12:448655	0

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

Asegurado o Tomador
CAMPOSTRINI CLAUDIO JOSE A.

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.

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 BENITEZ LUCIO MARTIN, MATRÍCULA SSN N°95387, LAS QUE ME FUERON PREVIAMENTE EXPUESTAS Y EXPLICADAS (ARTS. 4, 11, 12 LEY 17.418, Y ARTS. 24 Y 25 LEY 20.091, ART. 10 LEY 22.400)

FIRMA

ACLARACIÓN

RUS®
RIO URUGUAY SEGUROS

Frente de Póliza de Accidentes Personales

Póliza 00:12:448655 **Endoso** 0

Vigencia: 21/12/2024 - 21/12/2025

Riesgos Cubiertos:

Grup 1

MUERTE E INCAPACIDAD LABORAL **$ 6.000.000,00**

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 itínere".
Actividad: Transportes: CHOFER
En caso de Muerte por accidente, por persona asegurada, la suma de $ 6.000.000,00
En caso de Invalidez Permanente por accidente, por persona asegurada, hasta la suma de $ 6.000.000,00 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 LABORAL (SIN FRANQUICIA) **$ 600.000,00**

Asistencia Médica y Farmacéutica. Por persona Asegurada $ 600.000,00

Servicio de Atención al Asegurado de Río Uruguay Cooperativa de Seguros Limitada

La compañía de seguros dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá los reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
• RESPONSABLE: Diego Frontoni
• TELÉFONO/INTERNO: 0800 888 9787 - Opción: 1
• SUPLENTE: Luisina Manzur
• TELÉFONO/INTERNO: 0800 888 9787 - Opción: 2
• CORREO ELECTRÓNICO: saarus@riouruguay.com.ar
• Nº DE INSCRIPCIÓN DE LA COMPAÑÍA ANTE LA SSN: 0360
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).

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 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: - 239900 (F-883) - CG_CL1 - Subrogacion AP - ESPECIFICAS LABORALES - ANEXO I .-

Cláusulas Internas:

.-

Nómina de asegurados:

Grupo 1

Asegurado 23386586 - CAMPOSTRINI CLAUDIO JOSE A.

Beneficiario 30500530851 - LOMA NEGRA CIA. INDUSTRIAL ARGENTINA S.A.
30526047792 - CEMENTOS AVELLANEDA S.A.
30663137375 - R P B SOCIEDAD ANONIMA

FIRMA DE PÓLIZA: La presente Póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.7 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

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

RUS®
RIO URUGUAY SEGUROS

Subrogación de Derechos

Póliza: 00:12:448655 **Endoso:** 0
Vigencia: 21/12/2024 - 21/12/2025 **Página:** 2

CLAUSULA DE NO REPETICION
Los derechos emergentes de la presente póliza se transfieren a la/s Empresa/s:

30663137375 - R P B SOCIEDAD ANONIMA
30500530851 - LOMA NEGRA CIA. INDUSTRIAL ARGENTINA S.A.
30500529071 - SAINT-GOBAIN ARGENTINA S.A.
30526047792 - CEMENTOS AVELLANEDA S.A.

en la que el tomador se encuentra trabajando bajo contrato de servicios o de obra, hasta la concurrencia de cualquier suma que ésta se viera obligada a pagar al mismo por responsabilidad civil derivada de esa relación contractual (hasta el límite de la suma asegurada), quedando el saldo de la indemnización -si lo hubiere- a favor del asegurado o sus derecho-habientes.
No obstante no ser de aplicación la subrogación del asegurador en los derechos del asegurado contra el tercero responsable del evento dañoso, por expresa prohibición del artículo 80 de la ley 17.418, por tratarse de un seguro de personas (Capítulo III de la ley 17.418), queda expresamente entendido y convenido que Río Uruguay Seguros no podrá iniciar la acción de repetición o de regreso de las sumas o prestaciones abonadas en caso de siniestro, contra la/s Empresa/s

30663137375 - R P B SOCIEDAD ANONIMA
30500530851 - LOMA NEGRA CIA. INDUSTRIAL ARGENTINA S.A.
30500529071 - SAINT-GOBAIN ARGENTINA S.A.
30526047792 - CEMENTOS AVELLANEDA S.A.

y sus directivos, empleados y/u obreros. Por la misma razón, al no tratarse de una aseguradora de Riesgos del Trabajo, ni de un Seguro de riesgos del Trabajo, no podrá iniciar la acción de repetición de las prestaciones dadas al asegurado, prevista en el art. 39.5 de la ley 24.557.
El incumplimiento estricto de las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o la infracción de cualquier manera de la ley 19.587, su Decreto Reglamentario n° 351/79, y las normativas que sobre el particular han dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y las provincias, configurará un supuesto de agravación del riesgo que deberá ser comunicado a Río Uruguay Seguros, de acuerdo a lo previsto en el artículo 37 y siguientes de la ley 17.418. En caso de incumplimiento con esta carga contractual, esta cláusula de no repetición cesará y quedará rescindida, como si no hubiera sido incluida, quedando liberada la aseguradora para la promoción de la acción de regreso.
El presente certificado se extiende a pedido del asegurado en Concepción del Uruguay, Entre Ríos, 19/12/2024 por el término de vigencia de la presente póliza, para ser presentado ante quien corresponda, careciendo de todo valor una vez operado el vencimiento del mismo.

MULTIpago

SISTEMA MULTIPAGO de Serconfi S.R.L.

Fecha	Hora	Nro. Trans.
19/12/2024	10:59:00	1

Agencia: **509 - Estudio B&E**

Referencia: **0120044865504000**

Importe: **$ 5281.00**

Empresa: **RIO URUGUAY SEGUROS**

Asegurado: 1181019

Poliza: 00448655

Seccion: 012

C.U.P: **AAD640264BJEJAA**

COMPROBANTE VALIDO DE PAGO. CONSERVELO.

Este pago se procesara el 19/12/2024

© SISTEMA MULTIPAGO de Serconfi S.R.L. Impreso: 19/12/2024 14:01:50

RUS **Para el asegurado** CUOTA 1/10

8867 - BENITEZ LUCIO MARTIN Mat. SSN Nro: | Nro. Recibo 05112107642004005

Asegurado: 1181019 **CAMPOSTRINI, CLAUDIO**
Dirección: JUJUY 1325 (2820)GUALEGUAYCHUEntre Rios | Vehiculo

Póliza	Facturación	Fecha Vto. Actual	Fecha Próx. Vto
12:448655	21/12/2024-21/12/2025	23/12/2024	22/01/2025

IMPORTE
$5.281,00

Son: Pesos CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN

Fecha de pago / / Firma Sello

El comprobante definitivo Emitido por la aseguradora será puesto a disposición del asegurado en el domicilio: AV. ROCAMORA 415 - (2820) GUALEGUAYCHU en el horario habitual de la oficina

Este cupón por sí mismo no es válido como comprobante efectivo de pago, deberá previamente de ir acompañado del ticket emitido por la entidad recaudadora y/o sello y firma de la aseguradora; lo establecido es de acuerdo al Art. 31 de Ley 17418. La falta de pago en término importará la suspensión automática de la cobertura, reanudándose a las 00.00 Hs. del día siguiente de

Código de LINK PAGOS/PAGO MIS CUENTAS: 01201076420

Para presentar en Pago Facil / RapiPago / MULTIpago / BAPRO Pagos

09436001200448655040000052810024358011810195