SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA	
39 - ACCIDENTES PERSONALES INDIVID	79.470	0	**Desde las 12 hs.** 14/07/2024	**Hasta las 12 hs.** 14/07/2025

BENEFICIARIOS DESIGNADOS A: RPB S.A. CUIT 30663137375 - 100% DE INDEMNIZACIONCLAUSULA DE NO REPETICION A FAVOR DE RPB S.A. CUIT 30663137375

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

501 - CLÁUSULA ADICIONAL 501 - INVALIDEZ PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

Artículo 6 de la Cláusula Adicional 501 – Invalidez Permanente como Consecuencia de Accidente: La determinación del estado de Invalidez Permanente a cargo del Asegurador, resultará imprescindible para establecer la procedencia del beneficio en todos los casos.

Corresponde al Asegurado:

a) Denunciar la existencia de la Invalidez dentro de los TRES (3) días de haberla conocido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas que la originan.

c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

INVALIDEZPERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Artículo 4 – Serán de aplicación las exclusiones previstas en las Cláusulas 6, 7 y 8 de las Condiciones Generales. Tampoco se considerarán como accidentes a los efectos de esta cláusula a:

a) Las enfermedades producidas por afecciones cardiovasculares provocadas, desencadenadas o agravadas por esfuerzos físicos de cualquier índole.

b) Las enfermedades profesionales.

100 - ANEXO 100 - CONDICIONES GENERALES - AP

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 16 de las Condiciones Generales - Cargas del Asegurado o Beneficiarios en Caso de Accidente: El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el siniestro dentro de los TRES (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a indemnizarlo, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 - Ley de Seguros N° 17.418). Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador cada QUINCE (15) días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo del Asegurador. El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 – Ley de Seguros N° 17.418) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior. En especial los beneficiarios, en caso de muerte del asegurado, deberán presentar la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes. Se perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan. En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de

Escaneado con CamScanner

Instituto Autarquico Provincial del Seguro

San Martin 918 - (3100) - Entre Rios

C.U.I.T. 30-50005550-9

IAPSER
SEGUROS

CUPON DE PAGO

Fecha: 12/07/2024

Asegurado
ARIEL CRISTIAN POLICINO

Codigo Electronico de Pago: 00000000000037717271

Fecha Vto.	Prox Vto.	Secc.	Póliza	Endo.	Cuota
15/02/2025	15/03/2025	39	79470	0	8

Vigencia	Total a Pagar
Desde: 14/07/2024 Hasta: 14/07/2025	$2.341,00

0942540390000794700000000815022500023410005000234100 20

Este recibo no presupone el pago de deudas anteriores, ni tendrá validez sin el correspondiente sello o ticket de pago. Válido hasta 45 días después del vencimiento. La falta de pago de la cuota en término importará la suspensión automática de la cobertura hasta las 00 hs. del día siguiente al efectivo pago

COMPAÑÍA

Instituto Autarquico Provincial del Seguro

San Martin 918 - (3100) - Entre Rios

C.U.I.T. 30-50005550-9

IAPSER
SEGUROS

CUPON DE PAGO

Fecha: 12/07/2024

mercado pago

Comprobante de pago
#101979138684

Pagaste a

Instituto de Seguros

Total pagado

$ 2.341,00

Detalle de operación

Valor de la factura	$ 2.341,00
Total pagado	$ 2.341,00

Codigo de barras
0942540390000794700000000815022500023410005000234100 20

Número de transacción
31428925

Este recibo n el correspondie ncimiento. La falta de pago de la cuota en término importará la suspensión automática de la cobertura hasta las 00 hs. del día siguiente al efectivo pago

Escaneado con CamScanner