RIVADAVIA
SEGUROS

# Frente de Póliza

## Condiciones Particulares

**ASEGURADO** BELTRAME, DELFINA **MAT.** 6862023.3 CUIL 27-47341537-8

**DOMICILIO** MOCTEZUMA NRO 3161 P 21760.4
(1643) BECCAR BS. AS. 64-0-21760-21760-23 MAT.: 99137

Entre **SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOPERATIVA LIMITADA** (en adelante **"el Asegurador"**) y el solicitante (en adelante **"el Asegurado"**) se conviene en celebrar un contrato de seguro, sujeto a las condiciones generales, particulares, cláusulas adicionales, exclusiones y límites de la presente póliza.
Póliza aprobada por SSN. Expediente 12404 - Resolución 6609 - 24/02/1964.

**POLIZA DE SEGURO DE** ACCID. PERSONALES **NUMERO** 64/013753-000

CUIP:0222002010020000000000000064060137530000000000009927473415378 7-10000099137100000409330100 18

**VIGENCIA**

**EMISION** 21/02/2025 **desde las 12 hs. del** 23/02/2025 **hasta las 12 hs. del** 23/02/2026 **DIAS DE VIGENCIA** 365

LUGAR DE EMISION: La Plata

**OBJETO DEL SEGURO**

CONSECUENCIA DE ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO, OCURRIDOS DURANTE EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL ESPECIFICA.

ACTIVIDAD: ACOMPAÑANTE DE ESCOLARES
COBERTURAS: MUERTE POR ACCIDENTE $ 12000000
INCAP. PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL $ 12000000
ASIST.MEDICA Y FARMACEUTICA $ 1200000 FRANQUICIA $ 10000,00
BENEFICIARIOS: HEREDEROS LEGALES

Las cláusulas adicionales y endosos cuyos números se insertan a continuación, forman parte integrante de este seguro, quedando nulos y sin ningún valor los no mencionados a aquí: ANEXO I (RES.NRO. 38708/2014 S.S.N.)

002-010-011-095-101

(1) PRIMA PURA

(2) CARGO FINANCIERO

(3) TASA S.S.N. 0,60% I.V.A. 21,00%

LEY 19518 0,50%

C.S. 4146,00

DJ.INSC. 30-50005031-0

FORMA DE PAGO: CONTADO Y 11 CUOTAS CADA 30 DIAS

COD.PAGO ELECTRONICO BANELCO: 6406013753000000

PRODUCTOR: VILLARREAL ALEJANDRA EDITH

TNA: 21,0% - TEA: 23,120% - (Tasa calculada sobre vigencia anual con pagos mensuales)

| | |
|---|---|
| **PRIMA** (1) | 22926,00 |
| **RECARGOS** (2) | 3668,88 |
| | |
| **SUBTOTAL** | 26594,88 |
| **IMPUESTOS Y TASAS** (3) | 10005,12 |
| **PREMIO** $ | 36600,00 |

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
Responsable: Sabrina Burgos | Suplente: Camila Rubio | Teléfono/Interno: 0221-445-5001 Opc. 1 - Alt. 3 | Correo Electrónico: saa@segurosrivadavia.com | Nº de Inscripción de la Compañía ante la SSN: 0222
En caso de reclamo ante la entidad aseguradora no resuelto o desestimado, podrá denunciarlo a través de www.argentina.gob.ar/ssn.

Rosana Ibarrart
Gerente General

**ADVERTENCIA:** Si el texto de esta póliza difiriera 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 (Artículo 12 de la Ley de Seguros).
Los vocablos "Asegurado", "Tomador" o "Contratante" se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dárseles el significado que corresponda, según las circunstancias del caso.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento de la Actividad Aseguradora.

**SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA. - Casa Central:** Av. 7 Nº 755 - B1900DHB - LA PLATA - Tel. 0810-999-3200 - CUIT:30-50005031-0

RIVADAVIA
SEGUROS

# Frente de Póliza

## Condiciones Particulares



POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 64/013753

**ALCANCE LABORAL SUBRAMO INDIVIDUAL**

QUEDA CONVENIDO QUE MEDIANTE LA PRESENTE POLIZA, SE CUBREN UNICAMENTE, LOS ACCIDENTES OCURRIDOS A LA PERSONA INDICADA COMO ASEGURADO, DURANTE EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD LABORAL ESPECIFICA O EN EL TRAYECTO ENTRE EL DOMICILIO DEL TRABAJADOR Y EL LUGAR DEL TRABAJO, SIEMPRE Y CUANDO EL DAMNIFICADO NO HUBIERE INTERRUMPIDO O ALTERADO DICHO TRAYECTO POR CAUSAS AJENAS AL TRABAJO (IN-ITINERE).

**COMPLEMENTO ASISTENCIA MEDICA Y FARMACEUTICA**

COMPLEMENTO CLAUSULA 10 DE LAS CONDICIONES PARTICULARES: A LOS EFECTOS DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA MEDICA Y FARMACEUTICA, SE CONVIENE QUE SERA DE APLICACION UN DEDUCIBLE DE $ 10000,00 A CARGO DEL CONTRATANTE, POR TODO Y CADA SINIESTRO.

**ENDOSO A TERCEROS**

ENDOSADO A FAVOR DE:

30-52982680-6 ASOCIACION ESCOSESA 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 VEA OBLIGADA A OTORGAR O ABONAR AL PERSONAL DEPENDIENTE O EX-DEPENDIENTE DE LA EMPRESA CONTRATISTA POR ACCIDENTES DEL TRABAJO O ENFERMEDADES PROFESIONALES SUFRIDOS O CONTRAIDO 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 AL "ENDOSATARIO", EN FORMA FEHACIENTE, LOS INCUMPLIMIENTO 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.

**PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS**

SE DEJA CONSTANCIA QUE CONTRARIAMENTE A LO INDICADO EN LA CLAUSULA 7, PERSONAS NO ASEGURABLES DE LAS CONDICIONES GENERALES, EL ASEGURADOR CONSIENTE EN AMPARAR A PERSONAS HASTA LOS 75 AÑOS INCLUSIVE.

**ADVERTENCIA: MEDIOS HABILITADOS PARA EL PAGO.**
**LOS ÚNICOS SISTEMAS HABILITADOS PARA PAGAR PREMIOS DE CONTRATOS DE SEGUROS SON LOS SIGUIENTES:**
**A) ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN COBRANZA, REGISTRO Y PROCESAMIENTO DE PAGOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS HABILITADOS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.**
**B) ENTIDADES FINANCIERAS SOMETIDAS AL RÉGIMEN DE LA LEY Nº21.526.**

---



Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A5-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

# Frente de Póliza

## Condiciones Particulares



POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 64/013753

C) TARJETAS DE CRÉDITO, DÉBITO O COMPRAS EMITIDAS EN EL MARCO DE LA LEY Nº25.065.
D) MEDIOS ELECTRÓNICOS DE COBRO HABILITADOS PREVIAMENTE POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION A CADA ENTIDAD DE SEGUROS, LOS QUE DEBERÁN FUNCIONAR EN SUS DOMICILIOS, PUNTOS DE VENTA O COBRANZA. EN ESTE CASO, EL PAGO DEBERÁ SER REALIZADO MEDIANTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FORMAS: EFECTIVO EN MONEDA DE CURSO LEGAL, CHEQUE CANCELATORIO LEY Nº25.345 O CHEQUE NO A LA ORDEN LIBRADO POR EL ASEGURADO O TOMADOR A FAVOR DE LA ENTIDAD ASEGURADORA.

SE LE HACE SABER QUE RECIBIRA DOCUMENTACION E INFORMACION RELATIVA A SU POLIZA, EVENTUALES MODIFICACIONES, RENOVACIONES DE LA MISMA, Y/O NOTIFICACIONES POR EVENTUALES SINIESTROS, A LA DIRECCION ELECTRONICA QUE INFORMARA AL TIEMPO DE LA CONTRATACION, adrianagcaporlai@gmail.com,
RESULTANDO FEHACIENTE COMO MEDIO DE NOTIFICACION, ARTICULO 75 CCYCN.

LE RECORDAMOS QUE PUEDE CONSULTAR LAS CONDICIONES DE SU SEGURO, OBTENER LA COPIA, COMPROBANTES DE PAGO Y FACTURAS EN NUESTRO SITIO WEB WWW.SEGUROSRIVADAVIA.COM, INGRESANDO AL SISTEMA DE AUTOGESTION PARA ASEGURADOS.
IMPRIMA SOLO LA DOCUMENTACION NECESARIA. PIENSE EN NUESTRO MEDIO AMBIENTE.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.segurosrivadavia.com

Para consultas o reclamos, comunicarse con SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOPERATIVA LIMITADA al 0810-999-3200.

En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.



Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A5-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

# Frente de Póliza

## Condiciones Particulares



POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 64/013753

| CER. | DOCUMENTO | APELLIDO Y NOMBRES | FEC.NAC. | FECHA ALTA | FECHA BAJA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0001 | DNI 47341537 | BELTRAME, DELFINA | 13/07/2006 | 23/02/2025 | |

Rosana Ibarrart
Gerente General

RIVADAVIA
SEGUROS

# *CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES*

Contratante BELTRAME, DELFINA Mat:6862023.3 Poliza:64/013753
Domicilio: MOCTEZUMA 3161 BECCAR

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 23/02/2025 hasta el 23/02/2026
Actividad: ACOMPAÑANTE DE ESCOLARES
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado, ocurridos durante el desarrollo de su actividad laboral especifica.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 12000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 12000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 1200000 con Franquicia de $ 10000,00.
Beneficiario
HEREDEROS LEGALES
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 21760.4

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $75.000.
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.
Endosado favor de:
30-52982680-6 ASOCIACION ESCOSESA 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.

---

Certificado Póliza Nº 64/013753 Hoja 1
CUIP:0222002010020000000000000064060137530000000000099274734153787--10000099137100000 4093301001

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

# *CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES*

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 26 días del mes de marzo de 2025.
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.

Nomina de la Poliza 64/013753
de Accidentes Personales

| Cert. | Documento | Apellido y Nombres | Fecha Nac. | Fecha de Alta |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 47341537 | BELTRAME, DELFINA | 13/07/2006 | 23/02/2025 |

Certificado Póliza Nº 64/013753 Hoja 2
CUIP:0222002010020000000000000064060137530000000000099274734153787--10000099137100000 4093301001

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4-V1