HOLANDO
SEGUROS

Riesgos del Trabajo

CERTIFICADO DE COBERTURA

Buenos Aires, 01 de Agosto de 2025

Por la presente certificamos que la Empresa **TOFRAN S R L Cuit: 30-68867478-2** se ha afiliado a esta A.R.T. CódigoNº 0018-3, dando cumplimiento a la Ley de Riesgos del Trabajo Nº 24.557, con vigencia **01/08/2025 al 31/08/2026**; contrato LH 22907.0, contrato SRT : 2076604 , certificado nro: 500358.

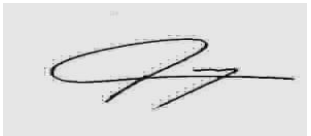
La Holando A.R.T. autorizada por Resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación Nº 24.566 y Resoluciónde la Superintendencia de Riesgos del Trabajo Nº 22, a afiliar en todo el país, con los alcances establecidos en la Ley Nº 24.557, renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra **AKAPOL SA CUIT: 30-50406520-7**, sus funcionarios, empleados u obreros, bien sea con fundamento en el artículo 39.5 de la Ley 24.557 o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex-dependiente de Tofran S R L Cuit: 30-68867478-2, alcanzados por la cobertura del presente contrato, por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

Esta 'Cláusula de no repetición' cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumpleestrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad de trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos de Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.-

Nómina de Personal:

Apellido y Nombre	C.U.I.L. Nº	Fec Ingreso
PILATTI RICARDO JAVIER	20-20825298-5	01/05/2003

Quedamos a vuestra disposición, y aprovechamos para agradecerle la confianza dispensada.Lo saludamos atentamente.



Marcelo Coletti
Gerente A.R.T.
Riesgos del Trabajo

CERTIFICADO DE COBERTURA

En caso de urgencia deberá comunicarse al:
Centro Coordinador de Atención Permanente 0-800-999-9719

a) Ud. Deberá portar en todo momento la presente "Credencial de identificación" en la cual consta la Aseguradora que cubre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que pueda sufrir.

b) Deberá obligatoriamente denunciar ante su empleador los accidentes del trabajo o las enfermedades profesionales que sufra.

c) En caso de sufrir un accidente de trabajo y no poder notificarlo a su empleador, deberá comunicarlo en forma inmediata a la Aseguradora al 0-800-999-9719 de accesogratuito que consta en la credencial, o dirigirse a un centro médico habilitado por esta última.

d) Resulta de suma importancia que porte en todo momento la "Credencial de indentificación", a fin de que ante una contingencia amparada, sea asistido de inmediato a través deesta Aseguradora. Recordamos que las contingencias cubiertas son los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales, y aquellos accidentes denominados 'In itinere", ocurrido en el trayecto inalterado e ininterrumpido entre su domicilio y su lugar de trabajo y viceversa.

e) Frente a alguna de estas contingencias, podrá llamar al teléfono de acceso gratuito 0-800-999-9719, siendo derivado al centro asistencial acorde con las lesiones y la complejidad del caso. De esta forma se persigue minimizar los inconvenientes propios que produce una contingencia inesperada y sus consecuencias.