RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante RODRIGUEZ, JOSE LUIS Mat:6683116.4 Poliza:13/057799
Domicilio: LUZURIAGA 860 SAN RAFAEL

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 08/03/2025 hasta el 08/03/2026
Actividad: CONDUCTOR
Objeto del Seguro
Brinda proteccion al Conductor durante sus horas de trabajo en su actividad especifica. Tambien cubre al Asegurado ante cualquier accidente que ocurra en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre bajo.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 15000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 15000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 5000000 con Franquicia de $ 10000.00.
Beneficiario
En un todo de acuerdo a lo establecido en la Clausula 9 de las Condiciones Particulares.
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 7210.8

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:
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------
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 contraidas 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

Certificado Póliza Nº 13/057799 Hoja 1

Rosana Ibarrart
Gerente General

R218A4-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

la falta de pago en termino de la misma, dentro de los 10 dias de verificados.

SE DEJA CONSTANCIA QUE EL ASEGURADO DESIGNA COMO PRIMER BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA COBERTURA CONTRATADA A LA/S EMPRESA/S R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5 CONFORME CORRESPONDA EN VIRTUD DE QUE TAL DESIGNACIÓN TIENE COMO CONDICIÓN QUE EL HECHO CUBIERTO SE PRODUZCA EN OCASIÓN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE PRESTANDO SERVICIOS PARA LA EMPRESA Y DENTRO DE SUS INSTALACIONES.----------

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 9 dias del mes de setiembre 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 13/057799
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 16999220	RODRIGUEZ, JOSE LUIS	12/11/1964	08/03/2025

Certificado Póliza Nº 13/057799 Hoja 2

Rosana Ibarrart
Gerente General

8218A4-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante RODRIGUEZ, JOSE LUIS Mat:6683116.4 Poliza:13/057799
Domicilio: LUZURIAGA 860 SAN RAFAEL

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 08/03/2025 hasta el 08/03/2026
Actividad: CONDUCTOR
Objeto del Seguro
Brinda proteccion al Conductor durante sus horas de trabajo en su actividad especifica. Tambien cubre al Asegurado ante cualquier accidente que ocurra en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre bajo.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 15000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 15000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 5000000 con Franquicia de $ 10000.00.
Beneficiario
En un todo de acuerdo a lo establecido en la Clausula 9 de las Condiciones Particulares.
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 7210.8

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:
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------
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 contraidas 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

Certificado Póliza Nº 13/057799 Hoja 1

Rosana Ibarrart
Gerente General

R218A4-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

la falta de pago en termino de la misma, dentro de los 10 dias de verificados.

SE DEJA CONSTANCIA QUE EL ASEGURADO DESIGNA COMO PRIMER BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA COBERTURA CONTRATADA A LA/S EMPRESA/S R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5 CONFORME CORRESPONDA EN VIRTUD DE QUE TAL DESIGNACIÓN TIENE COMO CONDICIÓN QUE EL HECHO CUBIERTO SE PRODUZCA EN OCASIÓN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE PRESTANDO SERVICIOS PARA LA EMPRESA Y DENTRO DE SUS INSTALACIONES.----------

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 9 dias del mes de setiembre 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 13/057799
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 16999220	RODRIGUEZ, JOSE LUIS	12/11/1964	08/03/2025

Certificado Póliza Nº 13/057799 Hoja 2

Rosana Ibarrart
Gerente General

8218A4-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante RODRIGUEZ, JOSE LUIS Mat:6683116.4 Poliza:13/057799
Domicilio: LUZURIAGA 860 SAN RAFAEL

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 08/03/2025 hasta el 08/03/2026
Actividad: CONDUCTOR
Objeto del Seguro
Brinda proteccion al Conductor durante sus horas de trabajo en su actividad especifica. Tambien cubre al Asegurado ante cualquier accidente que ocurra en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre bajo.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 15000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 15000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 5000000 con Franquicia de $ 10000.00.
Beneficiario
En un todo de acuerdo a lo establecido en la Clausula 9 de las Condiciones Particulares.
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 7210.8

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegugurada 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:
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------
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

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

la falta de pago en termino de la misma, dentro de los 10 dias de verificados.

SE DEJA CONSTANCIA QUE EL ASEGURADO DESIGNA COMO PRIMER BENEFICIARIO DE LA IND EMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA COBERTURA CONTRATADA A LA/S EMPRESA /S R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5 CONFORME CORRESPONDA EN VIRTUD D E QUE TAL DESIGNACIÓN TIENE COMO CONDICIÓN QUE EL HECHO CUBIERTO SE PRODUZCA E N OCASIÓN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE PRESTANDO SERVICIOS PARA LA EMPRESA Y DENTRO DE SUS INSTALACIONES.----------

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 9 días del mes de octubre 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 13/057799
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 16999220	RODRIGUEZ, JOSE LUIS	12/11/1964	08/03/2025

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

ASEGURADO RODRIGUEZ, JOSE LUIS **MAT.** 6683116.4 CUIL 20-16999220-8

DOMICILIO LUZURIAGA NRO 860 P 7210.8
(5600) SAN RAFAEL MENDOZA 13-0-07210-07210 MAT.: 58028

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** 13/057799-000

VIGENCIA

EMISION 07/03/2025 **desde las 12 hs. del** 08/03/2025 **hasta las 12 hs. del** 08/03/2026 **DIAS DE VIGENCIA** 365

LUGAR DE EMISION: La Plata

OBJETO DEL SEGURO

BRINDA PROTECCION AL CONDUCTOR DURANTE SUS HORAS DE TRABAJO EN SU ACTIVIDAD ESPECIFICA.

ACTIVIDAD: CONDUCTOR
COBERTURAS: MUERTE POR ACCIDENTE $ 5000000
INCAP. PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL $ 5000000
ASIST.MEDICA Y FARMACEUTICA $ 1500000 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%

SELLOS 0,62% LEY 19518 0,50%

C.S. 4981

DJ.INSC. 139

FORMA DE PAGO: CONTADO Y 9 CUOTAS CADA 30 DIAS

COD.PAGO ELECTRONICO BANELCO: 1306057799000000

PRODUCTOR: VIÑOLO MARIO OSVALDO

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

PRIMA (1)	26762,85
RECARGOS (2)	4282,52
SUBTOTAL	31045,37
IMPUESTOS Y TASAS (3)	12014,63
PREMIO $	43060,00

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

RZ05A6-V2

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 13/057799

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:

30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------

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.

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A5-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 13/057799

CHOFER

AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO Y PARA LA EFECTIVA APLICACIÓN DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS,SE LE EXIGIRÁ AL ASEGURADO CUMPLIR CON LAS NORMAS DE TRÁNSITO VIGENTES A LA FECHA DEL SINIESTRO Y APLICABLES AL LUGAR DE OCURRENCIA DEL MISMO Y LA UTILIZACIÓN OBLIGATORIO DEL CASCO REGLAMENTARIO. COMPROBADO EL INCUMPLIMIENTO DE LO ANTERIOR, QUEDARÁ EL ASEGURADOR EXENTO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD.

CLAUSULAS ADICIONALES QUE INTEGRAN EL CONTRATO

SE DEJA CONSTANCIA QUE EL ASEGURADO DESIGNA COMO PRIMER BENEFICIARIO DE LA IND EMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA COBERTURA CONTRATADA A LA/S EMPRESA /S R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5 CONFORME CORRESPONDA EN VIRTUD D E QUE TAL DESIGNACIÓN TIENE COMO CONDICIÓN QUE EL HECHO CUBIERTO SE PRODUZCA E N OCASIÓN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE PRESTANDO SERVICIOS PARA LA EMPRESA Y DENTRO DE SUS INSTALACIONES.----------

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 N°21.526.
C) TARJETAS DE CRÉDITO, DÉBITO O COMPRAS EMITIDAS EN EL MARCO DE LA LEY N°25.065.
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 N°25.345 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, joselorodri4@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.



Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A5-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 13/057799

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

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 13/057799

CER.	DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRES	FEC.NAC.	FECHA ALTA	FECHA BAJA
0001	DNI 16999220	RODRIGUEZ, JOSE LUIS	12/11/1964	08/03/2025	

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A5-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante RODRIGUEZ, JOSE LUIS Mat:6683116.4 Poliza:13/057799
Domicilio: LUZURIAGA 860 SAN RAFAEL

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 08/03/2025 hasta el 08/03/2026
Actividad: CONDUCTOR
Objeto del Seguro
Brinda proteccion al Conductor durante sus horas de trabajo en su actividad especifica. Tambien cubre al Asegurado ante cualquier accidente que ocurra en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre bajo.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 15000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 15000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 5000000 con Franquicia de $ 10000,00.
Beneficiario
En un todo de acuerdo a lo establecido en la Clausula 9 de las Condiciones Particulares.
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 7210.8

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:
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------
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

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

la falta de pago en termino de la misma, dentro de los 10 dias de verificados.

SE DEJA CONSTANCIA QUE EL ASEGURADO DESIGNA COMO PRIMER BENEFICIARIO DE LA IND EMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LA COBERTURA CONTRATADA A LA/S EMPRESA /S R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5 CONFORME CORRESPONDA EN VIRTUD D E QUE TAL DESIGNACIÓN TIENE COMO CONDICIÓN QUE EL HECHO CUBIERTO SE PRODUZCA E N OCASIÓN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE PRESTANDO SERVICIOS PARA LA EMPRESA Y DENTRO DE SUS INSTALACIONES.----------

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 9 días del mes de octubre de 2025.
Le recordamos que puede consultar las Condiciones de su Seguro, obtener la co-pia, 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 13/057799
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 16999220	RODRIGUEZ, JOSE LUIS	12/11/1964	08/03/2025

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4-V1