SEGUROS GALICIA S.A.
Tte. Gral. Peron 430 piso 6 - C1038AAJ - CABA
Buenos Aires, Argentina Tel + 54 11 0800 555 9998
www.galiciaseguros.com.ar

Galicia Seguros

# Constancia de coberturas - Accidentes Personales

Por la presente hacemos constar, que esta Compañia asegura bajo **la Póliza N° 12002538092** , a nombre de DON GIL S.A. , el riesgo abajo mencionado con vigencia a partir del 27/08/2025 hasta el 27/08/2026

## Riesgos Cubiertos

| Actividad | Choferes de camion con salida a ruta | | | Cant. personas | 1 |
|---|---|---|---|---|---|

| Nombre/s | Apellido/s | D.N.I. | Fecha Nacimiento | Fecha de alta |
|---|---|---|---|---|
| RUBEN MARCEL | GIL | 25887284 | 28/06/1977 | 27/08/2025 |

Beneficiario: Designado

| Detalle de Cobertura | Suma Asegurada |
|---|---|
| Muerte Accidental | $ 10.000.000 |
| Asistencia Médico Farmacéutica Prestacional | |
| Incapacidad Total y/o Parcial permanente por accidente | $ 5.000.000 |
| Clausula de no Repetición | |
| RPB SOC ANONIMA CUIT 30-66313737-5 | |
| Reintegro de gastos de sepelio por muerte del asegurado a consecuencia de un accidente | $ 100.000 |
| Cláusula de Renovación Automática | |
| Beneficiario en Primer Termino | |
| RPB SOC ANONIMA CUIT 30-66313737-5 | |

### Clausula de no Repetición

Se deja expresa constancia que SEGUROS GALICIA S.A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición contra **RPB SOC ANONIMA CUIT 30-66313737-5** sus respectivos funcionarios, empleados y/u obreros con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligado a otorgar o abonar al personal dependiente o ex-dependiente de a **DON GIL S.A.** alcanzados por la cobertura de la presente póliza, por aquellos accidentes sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo.

### Beneficiario en Primer Termino

Según lo convenido entre la aseguradora y el contratante se anula y reemplaza el inciso 3 del anexo 5 por el siguiente:
Se instituye beneficiario en primer término a **RPB SOC ANONIMA CUIT 30-66313737-5** siempre y cuando sea la empresa en la que se encuentre trabajando el asegurado al momento de producirse el accidente
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta cláusula
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados a que se refiere el inciso 2 de este cláusula, cuando estos sufrieran accidentes por la póliza. Caso contrario el beneficiario será el contratante.

**C.U.I.P: -**

**Extension y ambito de coberturas:** Jornada Laboral + In Itinere República Argentina

SE DEJA CONSTANCIA QUE BAJO LA PRESENTE POLIZA SE BRINDARA COBERTURA SIEMPRE QUE SE CUMPLAN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EXIGIDAS POR LA LEY 19.587 DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO PARA EL TIPO DE ACTIVIDAD REALIZADA POR LOS ASEGURADOS.LA FALTA DE CUMPLIMIENTO SERA CONSIDERADA NEGLIGENCIA POR PARTE DEL CONTRATANTE O DE LOS ASEGURADOS, DEJANDO NULA LA COBERTURA PROVISTA POR ESTA POLIZA.



Jorge Valencia
Apoderado

**Argentina, Buenos Aires 01 de Septiembre del 2025**

DON GIL S.A.

242 Piso 5570 LIBERTADOR GENERAL SAN MARTIN</> MENDOZA

**Asegurado:** DON GIL S.A.

**Forma de pago:** debito_bancario

Certificamos que al 10 de Diciembre del 2025, la póliza N° 12002538092, con vigencia desde el 01/09/2025 hasta el 27/08/2026 no presenta deuda exigible, en los términos establecidos en la cláusula de cobranzas de la póliza referida.



Matias Manrique
Gerente de Finanzas