Razón Social: RIO URUGUAY COOPERATIVA DE SEGUROS LIMITADA
CUIT: 30-50006171-1
Congreso de Tucumán 21
(E3260FTA) Concepción del Uruguay - Entre Ríos
Atención al ASEGURADO 0800-888-7787.
Internet: http://www.riouruguay.com.ar
E-Mail: atencionalasegurado@riouruguay.com.ar
Esta póliza ha sido aprobada por la SSN por Resolución/Proveído N°8.078.

Código de LINK PAGOS/PAGO MIS CUENTAS: 01201275996

Póliza 00:12:529674 **Endoso** 0
Motivo del Endoso: Emision de Poliza
Sección: ACCIDENTES PERSONALES
Renueva: 00:12:486589
Lugar de Emisión: CONCEPCION DEL URUGUAY
Fecha: 06/01/2026

Productor ULLE ALEJANDRO
Matrícula 49745

Vigencia:
Desde 01/01/2026
Hasta 01/07/2026

Datos del Tomador / Asegurado

Asegurado: TSCHOPP JOSE ELADIO

Domicilio Real: M. MORENO 173
Localidad: (3216) GENERAL CAMPOS / Entre Rios
DNI / CUIT: 20-16281397-9 00:12:529674
Asociado Nº: 9261806 **Productor** 855 **Cobrador:** 54

0301275996820600000004

Bolsa de Envío
6-CONCORDIA - 3200

Liquidación del Premio

Prima:	54.355,44	**Percepción:**	0,00	**********	**********
Rec.Financ.:	2.484,05	**I.V.A.:**	11.936,29	**********	**********
T.E.A.:	33,80%	**Impuestos:**	682,74	**********	**********
Ctas.Soc.:	21.741	**********	**********	**Premio:**	$ 91.200

Plan de Pago

Cuota	Vencimiento	Importe	Cuota	Vencimiento	Importe
1	06/01/2026	15.200,00			
2	06/02/2026	15.200,00			
3	06/03/2026	15.200,00			
4	06/04/2026	15.200,00			
5	06/05/2026	15.200,00			
6	06/06/2026	15.200,00			

Observaciones:

IMPORTANTE: Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C. 1067), Ciudad de Buenos Aires, o a los teléfonos: 0800-666-8400 (línea gratuita)-(011)-4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse vía Internet en la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar

FIRMA DE PÓLIZA: La presente Póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.7 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

IMPORTANTE: Si el texto de esta póliza difiere 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 (Art.12 - Ley de Seguros)

RIO URUGUAY SEGUROS Coop Ltda.
Cr. Juan Carlos L. Godoy
PRESIDENTE
Consejo de Administración

Código Seguimiento SSN:

Continúa en la página 2.-

Póliza	Endoso
00:12:529674	0

CUIT: 30-50006171-1
Congreso de Tucumán 21
Atención al asegurado 0800-888-7787.
(E3260FTA) Concepción del Uruguay - Entre Ríos.
Internet: http://www.riouruguay.com.ar
E-Mail: atencionalasegurado@riouruguay.com

Asegurado o Tomador
TSCHOPP JOSE ELADIO

Por la presente dejo constancia de haber recibido la póliza / endoso cuyo número consta en la presente, el plan de pagos que forma parte integrante de la misma, las cláusulas adicionales y las condiciones generales.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LAS CONDICIONES DE ACEPTACIÓN DE LA COBERTURA Y DE EMISIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA RESPONDEN A LAS QUE PROPUSE CON EL ASESORAMIENTO DEL PRODUCTOR ASESOR DE SEGUROS SR ULLE ALEJANDRO, MATRICULA SSN N°49745. LAS QUE ME FUERON PREVIAMENTE EXPUESTAS Y EXPLICADAS (ARTS. 4, 11, 12 LEY 17.418, Y ARTS. 24 Y 25 LEY 20.091, ART. 10 LEY 22.400)

FIRMA

ACLARACIÓN

RUS®
RIO URUGUAY SEGUROS

Frente de Póliza de Accidentes Personales

Póliza 00:12:529674 **Endoso** 0

Vigencia: 01/01/2026 - 01/07/2026

Riesgos Cubiertos:

Grup 1 **$ 25.000.000,00**

MUERTE E INCAPACIDAD LABORAL
Muerte o Invalidez Permanente causados por accidente al Asegurado en el ejercicio de su profesión, actividad o empleo, dentro del horario, en ocasión y en el ámbito habitual de cumplir las tareas declaradas en la solicitud de celebración del contrato, incluido el accidente denominado "in itinere".
Actividad: Transportes: CHOFER
En caso de Muerte por accidente, por persona asegurada, la suma de $ 25.000.000,00
En caso de Invalidez Permanente por accidente, por persona asegurada, hasta la suma de $ 25.000.000,00
o la proporción de la suma indicada mas arriba, según el grado de la lesión, de acuerdo a lo establecido en las cláusulas 6 y 7 de las Condiciones Generales.
Edad mínima de suscripcion: 16 años
Edad máxima de suscripcion: 70 años
Edad máxima de permanencia: 75 años

AMF PRESTACIONAL LABORAL
Cubre sin límite de suma asegurada ni franquicia las prestaciones médico farmacéuticas que sean consecuencia directa de un accidente cubierto.
Medicar Work S.A. brindará los servicios de prestación de asistencia médico-farmacéutica incluidos en la presente póliza.
El plazo de esta cobertura será hasta la curación completa del Asegurado o mientras subsistan los síntomas o al cumplirse el límite de 180 días anuales desde la ocurrencia del accidente, lo que ocurra primero.
Para la prestación de Prótesis el límite de suma asegurada es de $500.000
La cobertura cesará a partir del momento en que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

Servicio de Atención al Asegurado de Río Uruguay Cooperativa de Seguros Limitada

La compañía de seguros dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá los reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
- RESPONSABLE: Diego Frontoni
- TELÉFONO/INTERNO: 0800 888 9787 - Opción: 1
- SUPLENTE: Luisina Manzur
- TELÉFONO/INTERNO: 0800 888 9787 - Opción: 2
- CORREO ELECTRÓNICO: saarus@riouruguay.com.ar
- Nº DE INSCRIPCIÓN DE LA COMPAÑÍA ANTE LA SSN: 0360

ADVERTENCIA AL ASEGURADO
Se destaca la siguiente exclusión de cobertura:
k. Lesiones meniscales de rodilla y lesiones ligamentarias (ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior, ligamento colateral medial o lateral interno y ligamento colateral lateral o lateral externo).
En caso de siniestro llamar al telefono 0810-444-9675

Para obtener el beneficio previsto en esta Condición Específica, corresponde al Asegurado o a su representante y/ o beneficiario, comunicarse con la central operativa de Medicar Work S.A. dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho, al número 0810-444-9675, durante las 24 horas los 365 días del año, indicando:
a) número de póliza, nombre y apellido del asegurado, DNI del asegurado y descripción del hecho.
b) presentarse ante el Prestador Médico con Documento de Identidad.
c) facilitar cualquier comprobación.

Condiciones Generales:
CLAUSULA ADICIONAL 1: - CLAUSULA 2: - CLAUSULA ADICIONAL 2: - CLAUSULA 3: - CLAUSULA ADICIONAL 3: - CLAUSULA 4: - CLAUSULA ADICIONAL 4: - CLAUSULA 5: - CLAUSULA 6: - CLAUSULA 7: - CLAUSULA 8: - CLAUSULA 9: - CLAUSULA 10: - CLAUSULA 11: - CLAUSULA 12: - CLAUSULA 13: - CLAUSULA 14: - CLAUSULA 15: - CLAUSULA 16: - CLAUSULA 17: - CLAUSULA 18: - CLAUSULA 19: - CLAUSULA 20: - CLAUSULA 21: - CLAUSULA 22: - CLAUSULA 23: - CLAUSULA 24: - CLAUSULA 25: - CLAUSULA 26: - CLAUSULA 27: - CG_CL1 - Subrogacion AP - ESPECIFICAS LABORALES - ANEXO I -

Cláusulas Internas:
-

Nómina de asegurados:
Grupo 1
Asegurado 16281397 - TSCHOPP JOSE ELADIO
Beneficiario 30500530851 - LOMA NEGRA CIA. INDUSTRIAL ARGENTINA S.A.
30501111127 - HOLCIM (ARGENTINA) S.A.
30501770864 - PALMAR S.A.
30663137375 - R P B SOCIEDAD ANONIMA
30526047792 - CEMENTOS AVELLANEDA S.A.
40804751 - TSCHOPP JOSE FERNANDO

RUS®
RIO URUGUAY SEGUROS

Frente de Póliza de Accidentes Personales

Póliza 00:12:529674 **Endoso** 0

Vigencia: 01/01/2026 - 01/07/2026

Riesgos Cubiertos:

Grup 1 **$ 25.000.000,00**

MUERTE E INCAPACIDAD LABORAL
Muerte o Invalidez Permanente causados por accidente al Asegurado en el ejercicio de su profesión, actividad o empleo, dentro del horario, en ocasión y en el ámbito habitual de cumplir las tareas declaradas en la solicitud de celebración del contrato, incluido el accidente denominado "in itinere".
Actividad: Transportes: CHOFER
En caso de Muerte por accidente, por persona asegurada, la suma de $ 25.000.000,00
En caso de Invalidez Permanente por accidente, por persona asegurada, hasta la suma de $ 25.000.000,00
o la proporción de la suma indicada mas arriba, según el grado de la lesión, de acuerdo a lo establecido en las cláusulas 6 y 7 de las Condiciones Generales.
Edad mínima de suscripcion: 16 años
Edad máxima de suscripcion: 70 años
Edad máxima de permanencia: 75 años

AMF PRESTACIONAL LABORAL
Cubre sin límite de suma asegurada ni franquicia las prestaciones médico farmacéuticas que sean consecuencia directa de un accidente cubierto.
Medicar Work S.A. brindará los servicios de prestación de asistencia médico-farmacéutica incluidos en la presente póliza.
El plazo de esta cobertura será hasta la curación completa del Asegurado o mientras subsistan los síntomas o al cumplirse el límite de 180 días anuales desde la ocurrencia del accidente, lo que ocurra primero.
Para la prestación de Prótesis el límite de suma asegurada es de $500.000
La cobertura cesará a partir del momento en que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

Servicio de Atención al Asegurado de Río Uruguay Cooperativa de Seguros Limitada

La compañía de seguros dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá los reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
- RESPONSABLE: Diego Frontoni
- TELÉFONO/INTERNO: 0800 888 9787 - Opción: 1
- SUPLENTE: Luisina Manzur
- TELÉFONO/INTERNO: 0800 888 9787 - Opción: 2
- CORREO ELECTRÓNICO: saarus@riouruguay.com.ar
- Nº DE INSCRIPCIÓN DE LA COMPAÑÍA ANTE LA SSN: 0360

ADVERTENCIA AL ASEGURADO
Se destaca la siguiente exclusión de cobertura:
k. Lesiones meniscales de rodilla y lesiones ligamentarias (ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior, ligamento colateral medial o lateral interno y ligamento colateral lateral o lateral externo).
En caso de siniestro llamar al telefono 0810-444-9675

Para obtener el beneficio previsto en esta Condición Específica, corresponde al Asegurado o a su representante y/ o beneficiario, comunicarse con la central operativa de Medicar Work S.A. dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho, al número 0810-444-9675, durante las 24 horas los 365 días del año, indicando:
a) número de póliza, nombre y apellido del asegurado, DNI del asegurado y descripción del hecho.
b) presentarse ante el Prestador Médico con Documento de Identidad.
c) facilitar cualquier comprobación.

Condiciones Generales:
CLAUSULA ADICIONAL 1: - CLAUSULA 2: - CLAUSULA ADICIONAL 2: - CLAUSULA 3: - CLAUSULA ADICIONAL 3: - CLAUSULA 4: - CLAUSULA ADICIONAL 4: - CLAUSULA 5: - CLAUSULA 6: - CLAUSULA 7: - CLAUSULA 8: - CLAUSULA 9: - CLAUSULA 10: - CLAUSULA 11: - CLAUSULA 12: - CLAUSULA 13: - CLAUSULA 14: - CLAUSULA 15: - CLAUSULA 16: - CLAUSULA 17: - CLAUSULA 18: - CLAUSULA 19: - CLAUSULA 20: - CLAUSULA 21: - CLAUSULA 22: - CLAUSULA 23: - CLAUSULA 24: - CLAUSULA 25: - CLAUSULA 26: - CLAUSULA 27: - CG_CL1 - Subrogacion AP - ESPECIFICAS LABORALES - ANEXO I -

Cláusulas Internas:
-

Nómina de asegurados:
Grupo 1
Asegurado 16281397 - TSCHOPP JOSE ELADIO
Beneficiario 30500530851 - LOMA NEGRA CIA. INDUSTRIAL ARGENTINA S.A.
30501111127 - HOLCIM (ARGENTINA) S.A.
30501770864 - PALMAR S.A.
30663137375 - R P B SOCIEDAD ANONIMA
30526047792 - CEMENTOS AVELLANEDA S.A.
40804751 - TSCHOPP JOSE FERNANDO