HOLANDO
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

Sección	Solicitud	Certificado
Acc. Pers. PLENUS	**902977.6**	9052465
Vigencia	Moneda	
Desde las 00:00hs. del 10/06/2026 hasta las 00:00hs. del 10/12/2026	**Pesos**	

Certificamos que el/la Sr./Sra. **SUSCO JOSE ALBERTO** tiene contratado en esta Compañía un Seguro de Accidentes Personales, amparando el/los siguiente/s riesgo/s:

Personal Cubierto			Coberturas Individuales			
Documento	**Nombre**	**Vigencia desde**	**MUERTE X ACCID.**	**INVALIDEZ TOT./PARCIAL PERMAN. X ACCID.**	**ASISTENCIA MEDICO FARMACÉUTICA X ACCID.**	**SEPELIO X ACCID.**
DNI 27467449	**Susco Jose Alberto**	00:00hs. del 10/06/2026	60,000,000.00	60,000,000.00	30,000,000.00	2,000,000.00
CHOFER DE CAMIONES (NO SUSTANCIAS PELIGROSAS)						
Ambito de la cobertura: REPUBLICA ARGENTINA						

Estarán cubiertos los accidentes derivados del uso de motocicletas o vehículos similares únicamente en el trayecto directo entre su domicilio particular y el lugar en que desempeña su profesión, o viceversa, si el Asegurado sufre lesiones indemnizables a consecuencia de un accidente cubierto como conductor de estos vehículos, y siempre que esté habilitado para conducir el tipo de vehículo utilizado para esa categoría, posea la licencia vigente correspondiente (conducir con registro vencido será causal de rechazo del reclamo), haga uso del casco protector homologado y circule en la vía pública cumpliendo con las normas legales vigentes en la materia (Ley de Tránsito N° 24.449).Vencimiento del presente Certificado: 09/07/2026.

Se deja constancia que la cobertura del presente seguro queda limitada a los accidentes que pueda sufrir el asegurado mientras desarrolla la actividad declarada y dentro del ámbito en el que ejerce esa profesión, incluyendo el trayecto directo entre su domicilio particular y el lugar en que desempeña su profesión, o viceversa.

Se extiende el presente Certificado a los 09 días del mes de Junio del 2026 para ser presentado ante quien corresponda, quedando sujeto a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, en donde la Aseguradora podrá oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago del Premio u otra causal.

A la fecha en que se extiende el presente certificado, la póliza no tiene deuda exigible.

Queda entendido y comprendido que la cobertura prevista en la cláusula adicional de ASISTENCIA MEDICA es de carácter estrictamente prestacional, según se indica en el inciso 5) de la misma.

SERVICIO DE ASISTENCIA: 0800-222-753687

Se instituyen como beneficiarios en primer término a LOMA NEGRA CIA INDUSTRIAL ARGENTINA SA CUIT:30500530851
CEMENTOS AVELLANEDA S.A. - CUIT 30-52604779-2
R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5 todos ellos por partes iguales y hasta el límite total de la cobertura detallada en las condiciones particulares de la póliza, por cualquier accidente que sufriera el asegurado en tanto se encuentre realizando tareas al servicio de estos y dentro de sus plantas o establecimientos, hasta cubrir sus obligaciones legales. Cubiertas estas obligaciones, serán beneficiarios de existir un remanente de la suma asegurada, los beneficiarios designados o los herederos legales.
Se aclara que en virtud de lo establecido en el Artículo 80º de la Ley de Seguros Nº 17.418, nuestra entidad no posee derechos de subrogación o repetición respecto de las indemnizaciones que pudieran efectuarse por siniestros cubiertos bajo el presente contrato de seguro, por lo que se deja constancia que nuestra entidad no reclamará o iniciará acciones de repetición o de regreso contra LOMA NEGRA CIA INDUSTRIAL ARGENTINA SA CUIT:30500530851
CEMENTOS AVELLANEDA S.A. - CUIT 30-52604779-2
R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5 (comitente, contratista y/o subcontratista), sus funcionarios, empleados u obreros, por cualquier norma jurídica con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal alcanzado por la cobertura de la presente póliza por algún accidente ocurrido en sus plantas a consecuencia de su trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

HOLANDO
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

p.p.LA HOLANDO SUDAMERICANA
COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA



Ernesto A. Levi - PRESIDENTE

ADVERTENCIA AL ASEGURADO: El presente es un instrumento provisorio. Dentro de los 15 (quince) días corridos, contados a partir de su fecha de emisión, la aseguradora debe entregar la póliza respectiva.