RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

ASEGURADO TOYOS, MAXIMILIANO GASTON **MAT.** 2021773.1 CUIT 20-31187508-7

DOMICILIO AVELLANDA BIS NRO 48 P 266.7
(7540) CORONEL SUAREZ BS. AS. 51-0-00087-00087-2 MAT.: 30727

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** 51/053702-000

VIGENCIA

EMISION 18/02/2026 **desde las 12 hs. del** 02/03/2026 **hasta las 12 hs. del** 02/03/2027 **DIAS DE VIGENCIA** 365

LUGAR DE EMISION: La Plata Renovación de Póliza: 51-045873-000

OBJETO DEL SEGURO

CONSECUENCIA DE ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO. (ALCANCE 24HS)

ACTIVIDAD: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
COBERTURAS: MUERTE POR ACCIDENTE $ 50000000
INCAP. PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL $ 50000000
ASIST.MEDICA Y FARMACEUTICA $ 15000000 FRANQUICIA $ 10000,00
BENEFICIARIOS: SCHWAB ANA IRENES

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%
LEY 19518 0,50%
P.IIBB BS. AS. 1,50%
R.G.3337 (D.G.I.) 3,00%
C.S. 22427

DJ.INSC. 30-50005031-0
FORMA DE PAGO: CONTADO

COD.PAGO ELECTRONICO BANELCO: 5106053702000000
PRODUCTOR: D'AMBRA JOSE MARIA
TNA: 21,0% - TEA: 23,120% - (Tasa calculada sobre vigencia anual con pagos mensuales)

PRIMA (1)	296097,50
RECARGOS (2)	47375,87
SUBTOTAL	343473,37
IMPUESTOS Y TASAS (3)	113607,16
PREMIO $	457080,53

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

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 51/053702

SE DEJA CONSTANCIA QUE LA PRESENTE COBERTURA AMPARA RIESGOS DE HASTA 4 (CUATRO) METROS DE ALTURA.

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:

30-71196932-9 RPB SRL----------
30-70981114-9 R.P.B S.A.----------
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------
30-66341857-9 SMURFIT KAPPA DE ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-51705022-5 AGUAS DANONE DE ARGENTINA SA----------
30-71170167-9 ALICORP S.A.----------
30-66627755-0 ARRE BEEF S A----------
30-70915104-1 A.V.A. SOCIEDAD ANONIMA----------
30-69759871-1 BODEGAS SALENTEIN S.A.----------
30-58673333-4 CARTOCOR SOCIEDAD ANONIMA----------
30-61375512-4 CEPAS ARGENTINAS S.A----------
30-50278659-4 CERAMICA SAN LORENZO IND Y COM S.A.----------
30-52539008-6 COCA COLA FEMSA DE BS.AS. S.A.----------
30-52570593-1 COOPERATIVA OBRERA LIMITADA DE CONSUMO Y VIVIENDA-------
30-70100954-8 ECO DE LOS ANDES S A----------
30-67194955-9 FELIPE ANDREU E HIJOS S.A.----------
30-63459562-3 FECOVITA FEDERACION DE COOPERATIVAS VITIVINICOLAS ARGENT
INAS----------
30-51730709-9 GRANJA TRES ARROYOS SOCIEDAD ANONIMA COMERCIAL AGROPECUA
RIA FIN E INDUSTRIAL----------
30-61610611-9 ILVA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-60851774-6 KUEHNE NAGEL S.A.----------
30-50085862-8 MOLINOS RIO DE LA PLATA S.A----------

Rosana Ibarrart
Gerente General

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza
Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 51/053702

30-54676404-0 NESTLE ARGENTINA S.A.----------
33-70707452-9 NIDERA SEMILLAS SA----------
30-63575859-3 SALENTEIN FRUIT S.A----------
30-71000666-7 SALTO DE LAS ROSAS S.A.----------
30-50109269-6 UNILEVER DE ARGENTINA S.A.----------
30-53764771-6 PEPSICO DE ARGENTINA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITAD
A----------
30-69232743-4 PEPSICO DE ARGENTINA S A----------
30-50474453-8 PEUGEOT CITROEN ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-50331781-4 RENAULT ARGENTINA S.A----------
33-66204411-9 AMCOR FLEXIBLES SAN LUIS S. A.----------
30-65518973-0 DELTACOM S A----------
30-67988839-7 SAF ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-70700488-2 FINCA LA CELIA S.A.----------
30-70976159-1 CERAMICA CAÑUELAS S A----------
30-71092007-5 SIMPLOT ARGENTINA S R L.----------
30-51787491-0 LA AGRICOLA S A----------

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

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 51/053702

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 COMPROBADO EL INCUMPLIMIENTO DE LO ANTERIOR, QUEDARÁ EL ASEGURADOR EXENTO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD

CONSTRUCCIÓN Y TRABAJOS EN ALTURA

PARA LA EFECTIVA APLICACIÓN DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS, SE LE EXIGIRÁ AL ASEGURADO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD REGLAMENTARIAS APLICABLES AL LUGAR DE OCURRENCIA Y NECESARIAS PARA PODER LLEVAR A CABO LA ACTIVIDAD QUE CONSTARA EN LA DENUNCIA DEL SINIESTRO. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO COMPROBADO OPERARÁ COMO RIESGO NO CUBIERTO QUEDANDO EL ASEGURADOR EXENTO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD.

CLAUSULAS ADICIONALES QUE INTEGRAN EL CONTRATO

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 RENAULT ARGENTINA S.A CUIT: 30-50331781-4 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.----------

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 Nº21.526.
C) TARJETAS DE CRÉDITO, DÉBITO O COMPRAS EMITIDAS EN EL MARCO DE LA LEY Nº25.065.
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 Nº25.345 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,
anaschwab@hotmail.com.ar,
RESULTANDO FEHACIENTE COMO MEDIO DE NOTIFICACION, ARTICULO 75 CCYCN.

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A5-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 51/053702

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.

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: 51/053702

CER.	DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRES	FEC.NAC.	FECHA ALTA	FECHA BAJA
0001	DNI 31187508	TOYOS, MAXIMILIANO GASTON	14/12/1984	02/03/2026	

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A5-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante TOYOS, MAXIMILIANO GASTON Mat:2021773.1 Poliza:51/053702
Domicilio: AVELLANDA BIS 48 CORONEL SUAREZ

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 02/03/2026 hasta el 02/03/2027
Actividad: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado. Alcance 24Hs

Coberturas
Muerte por Accidente $ 50000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 50000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 15000000 con Franquicia de $ 10000,00.
Beneficiario
SCHWAB ANA IRENES
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 266.7

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $350.000.
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 $100.000 por gastos.
Endosado favor de:
30-71196932-9 RPB SRL----------
30-70981114-9 R.P.B S.A.----------
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------
30-66341857-9 SMURFIT KAPPA DE ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-51705022-5 AGUAS DANONE DE ARGENTINA SA----------
30-71170167-9 ALICORP S.A.----------
30-66627755-0 ARRE BEEF S A----------
30-70915104-1 A.V.A. SOCIEDAD ANONIMA----------
30-69759871-1 BODEGAS SALENTEIN S.A.----------
30-58673333-4 CARTOCOR SOCIEDAD ANONIMA----------
30-61375512-4 CEPAS ARGENTINAS S.A----------
30-50278659-4 CERAMICA SAN LORENZO IND Y COM S.A.----------
30-52539008-6 COCA COLA FEMSA DE BS.AS. S.A.----------
30-52570593-1 COOPERATIVA OBRERA LIMITADA DE CONSUMO Y VIVIENDA-------
30-70100954-8 ECO DE LOS ANDES S A----------

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

30-67194955-9 FELIPE ANDREU E HIJOS S.A.----------
30-63459562-3 FECOVITA FEDERACION DE COOPERATIVAS VITIVINICOLAS ARGENT
INAS----------
30-51730709-9 GRANJA TRES ARROYOS SOCIEDAD ANONIMA COMERCIAL AGROPECUA
RIA FIN E INDUSTRIAL----------
30-61610611-9 ILVA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-60851774-6 KUEHNE NAGEL S.A.----------
30-50085862-8 MOLINOS RIO DE LA PLATA S.A----------
30-54676404-0 NESTLE ARGENTINA S.A.----------
33-70707452-9 NIDERA SEMILLAS SA----------
30-63575859-3 SALENTEIN FRUIT S.A----------
30-71000666-7 SALTO DE LAS ROSAS S.A.----------
30-50109269-6 UNILEVER DE ARGENTINA S.A.----------
30-53764771-6 PEPSICO DE ARGENTINA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITAD
A----------
30-69232743-4 PEPSICO DE ARGENTINA S A----------
30-50474453-8 PEUGEOT CITROEN ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-50331781-4 RENAULT ARGENTINA S.A----------
33-66204411-9 AMCOR FLEXIBLES SAN LUIS S. A.----------
30-65518973-0 DELTACOM S A----------
30-67988839-7 SAF ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-70700488-2 FINCA LA CELIA S.A.----------
30-70976159-1 CERAMICA CAÑUELAS S A----------
30-71092007-5 SIMPLOT ARGENTINA S R L.----------
30-51787491-0 LA AGRICOLA S A----------

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 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 RENAULT ARGENTINA S.A CUIT: 30-50331781-4 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 D
ENTRO DE SUS INSTALACIONES.----------

Rosana Ibarrart
Gerente General

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 10 días del mes de marzo de 2026.
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 51/053702
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 31187508	TOYOS, MAXIMILIANO GASTON	14/12/1984	02/03/2026

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4-V1

PÓLIZA DIGITAL
RIESGOS DEL TRABAJO

Prevención ART
de SANCOR SEGUROS



Elegir **Prevención ART** fue una **buena decisión**

Somos la ART más elegida, 1 de cada 4 empleadores elige Prevención ART para cuidar a sus empleados.

Protegemos a más de **1.8 millones de trabajadores** y **400 mil empleadores asegurados**.

Somos la única aseguradora que cuenta con un **Equipo de Intervención Psicosocial** para responder a siniestros de importante gravedad o magnitud. **Conocé más**

ART – más – elegida

En nuestro sitio de Autogestión PreveNET podés realizar de manera ágil y efectiva:

Gestiones de siniestros:
Denuncias de accidentes, reintegro de gastos y jornales.

Gestión de obras de construcción 100% virtual:
Carga de programas de seguridad, avisos de inicio, extensión y suspensión de obras.

Administrar el personal declarado:
Altas y bajas, certificados de cobertura.

Consultar indicadores:
Cuenta corriente, siniestralidad.

¿Cómo acceder a Autogestión PreveNET?

1. Por mail te enviamos una invitación para que puedas acceder. Si no te llegó, solicitala **acá**.

Recordá que debés usar el correo que informaste cuando contrataste Prevención ART y/o el mail declarado en AFIP.

2. En la bandeja de entrada de tu correo aparece como **"Prevención ART te invita a registrarte en Autogestión PreveNET"**. Te sugerimos revisar también la carpeta de correos "no deseados" o SPAM.

Estas son nuestras líneas de contacto

Emergencias médicas:
0800 4444 278

WhatsApp para personas accidentadas:
3493 - 428601

Consultas generales:
3493 - 661916

www.prevencionart.com.ar

Y además contamos con:

76
oficinas propias en todo el país

10.650
asesores para una atención personalizada.



PÓLIZA DIGITAL
RIESGOS DEL TRABAJO

Prevención ART
de SANCOR SEGUROS

Datos de la Póliza Digital

CUIT: 20-31187508-7
Razón Social: TOYOS MAXIMILIANO GASTON
Tipo de Solicitud: RENOVACION
Vigencia Desde-Hasta: 01/03/2026-28/02/2027
N° Póliza Digital: 4357718
N° Contrato: 604895

Datos de contacto validados:

Domicilio: AVELLANEDA BIS 48
Celular: (02926)15455111
Localidad: CNEL.SUAREZ
Teléfono: (02926)455111
Provincia: BUENOS AIRES
Mail: cra_altorres@yahoo.com.ar

Datos Fiscales:

Domicilio: N AVELLANEDA BIS 48 - Coronel Suarez - 7540 - Buenos Aires

Régimen General:

CIIU: 492290
Alícuota sobre Masa Salarial: 12.61%
Actividad: Servicio de transporte automotor de cargas n.c.p. (Incluye servicios de transporte de carga refrigerada y transporte pesado)
Monto Fijo: $0,00

Conforme lo establecido en el Dec. 590/97 y sus modificatorios, se adicionará a la alícuota, una suma fija por cada trabajador, destinada al Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales (FFEP). Este valor será actualizado de forma periódica conforme a la variación del índice RIPTE, de acuerdo a lo normado por la Resolución 649/22 del MTEySS.

CIIU declarados en AFIP:

CIIU primario: 492290 Servicio de transporte automotor de cargas n.c.p. (Incluye servicio...

Datos de la Aseguradora

CUIT: 30-68436191-7
Email: info@prevencionart.com.ar
Razón Social: Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.
Reclamos y Consultas: 0800-555-5278
FAX: 0800-888-3297
Domicilio: RUTA NAC 34 KM 257 SANTA FE - SUNCHALES - CP: 2322
Página web: www.prevencionart.com.ar
Denuncias y Accidentes: 0800-444-4278
Teléfono: (03493) 428600

Datos del Productor Asesor de Seguros

Organización N°: 50608
Denominación: D AMBRA JOSE MARIA
Domicilio: AV CONTURBI 1025
Localidad: Coronel Suarez
Teléfono: 02926-15515837/02926-424312
Celular: 02926-15515837

Productor N°: 9237
Denominación: D AMBRA JOSE MARIA
Domicilio: AV CONTURBI 1025
Localidad: Coronel Suarez
Teléfono: 02926-15515837/02926-424312
Celular: 02926-15515837

CLÁUSULAS APLICABLES A LAS PÓLIZAS DE EMPLEADORES DEL RÉGIMEN GENERAL

Al 1er día del mes de Marzo de 2026, Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., constituyendo domicilio en la calle: RUTA NAC 34 KM 257 257 - ºP (2322) SUNCHALES - SANTA FE, en adelante denominada "la Aseguradora" o "la ART" en forma indistinta; y por la otra TOYOS MAXIMILIANO GASTON, C.U.I.T. Nº 20-31187508-7, representado en este acto por ..... DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD N° ..... constituyendo domicilio en la calle: AVELLANEDA BIS 48, CNEL.SUAREZ - BUENOS AIRES., denominado en lo sucesivo "el EMPLEADOR" suscriben el presente CONTRATO DE COBERTURA, quedando sometidos a lo normado por la Ley sobre Riesgos del Trabajo Nº 24.557 (L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION (S.S.N.) y sujetos a las siguientes cláusulas y condiciones.

CLÁUSULA PRIMERA:
Las partes se someten, durante la vigencia del presente contrato, a dar cumplimiento a las obligaciones que resulten impuestas por la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo (L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (S.S.N.), además de las obligaciones instrumentadas a través del presente Contrato.
En ningún caso las condiciones particulares del contrato podrán ser alteradas o contrarias a lo dispuesto en la normativa precitada y a las Condiciones Generales del presente contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA:
I. VIGENCIA. El presente contrato tendrá un término mínimo de duración de UN (1) año, contado a partir de las CERO (0) horas de la fecha de inicio de vigencia que se estipula en las
condiciones particulares.
II. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA. El presente contrato será renovado en forma automática anualmente, excepto en los casos en los cuales el EMPLEADOR se afilie a otra ART o ingrese
al régimen de autoseguro.

CLÁUSULA TERCERA: COTIZACIÓN
El EMPLEADOR abonará la cuota que resulte de aplicar la alícuota convenida en las Condiciones Particulares, la cual deberá encontrarse ajustada al régimen aprobado por el órgano
competente.
La cuota será declarada e ingresada por mes adelantado en función de la nómina salarial del mes inmediato anterior, con las modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social.
En los casos de inicio de actividad o, cuando por otras razones no exista nómina salarial correspondiente al mes anterior a aquel en que se debiera efectivizar el pago, la cuota se calculará en función de la nómina prevista para el mes de pago y se ingresará al SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (S.U.S.S.), indicando el mes anterior en el formulario de pago.
En caso de resultar necesario modificar la alícuota del presente contrato, la ASEGURADORA deberá notificar los nuevos valores en forma fehaciente, con una antelación no menor a SESENTA (60) días corridos a la incorporación de la nueva alícuota.
En los casos en que el EMPLEADOR tuviera la obligación legal de ajustarse a un sistema de contrataciones por licitaciones públicas, el plazo mencionado se extenderá, a CIENTO
OCHENTA (180) días corridos.
Cuando la modificación de la alícuota, represente un aumento superior al CINCUENTA POR CIENTO (50%) o de TRES (3) puntos porcentuales, lo que sea menor, la ASEGURADORA deberá notificar en forma fehaciente y complementaria de lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 26.773, los nuevos valores justificando en forma detallada el motivo del incremento de los mismos, con una antelación no menor a NOVENTA (90) días corridos, a fin de que el EMPLEADOR pueda ejercer el derecho de cambiar de ASEGURADORA, cumpliendo con el procedimiento establecido para tal fin por la normativa vigente.
Los aumentos de alícuotas deberán respetar la anualidad de su vigencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 26.773, salvo en los casos en que las modificaciones de las mismas obedezcan a cambios de CIIU. El aumento de alícuota fundado en un cambio de CIIU solo podrá practicarse mediando un preaviso de SESENTA (60) días y cuando el empleador haya cumplido con la condición de permanencia de SEIS (6) meses o UN (1) año según sea la primera afiliación del EMPLEADOR o segunda y posteriores, respectivamente, de acuerdo a lo dispuesto por el punto I. a de la CLÁUSULA SEXTA. Cuando exista acuerdo expreso entre las partes, la ASEGURADORA podrá incrementar la alícuota
sin mediar preaviso de SESENTA (60) días y aún cuando no se cumpla la permanencia mínima del empleador en la ASEGURADORA.
Para los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Casas Particulares, el EMPLEADOR abonará la cuota vigente para cada rango de horas trabajadas semanalmente, conforme
formulario AFIP 102/RT.

CLÁUSULA CUARTA: MORA.
La mora en el pago de las alícuotas operará de pleno derecho y por el mero vencimiento del plazo, devengando a cargo del empleador los intereses correspondientes que generan las
deudas impositivas nacionales. El Empleador, para cancelar la deuda que registre, deberá pagar el capital con más los intereses devengados.

CLÁUSULA QUINTA
OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES
I. OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR
En atención a lo establecido por los artículos 8° y 9° de la Ley N° 19.587 y en la Ley de Riesgos del Trabajo en lo relativo al cumplimiento de las normas de Higiene y Seguridad en el
Trabajo, a los efectos de prevenir eficazmente los riesgos del trabajo, el EMPLEADOR deberá:
a) Cumplir las exigencias en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo conforme la normativa vigente que corresponda a la actividad desarrollada en el/los establecimiento/s
alcanzado/s por el objeto del presente contrato. En caso de incumplimiento, se le aplicará por la autoridad competente el régimen de sanciones que corresponda.
b) Declarar, al momento de la suscripción de la S.P.D., los datos del o de los establecimientos y el estado de cumplimiento de las normas e higiene de seguridad laboral y la identificación
de los agentes de riesgos en cada uno de ellos, con la documentación respaldatoria y la nómina de trabajadores expuestos.
c) Elaborar y presentar con carácter de declaración jurada, al momento de la suscripción de la S.P.D., el Programa Anual de Prevención de Riesgos Laborales, a través del cual fijarán las políticas de la empresa en materia de salud y seguridad en el trabajo a los efectos de ajustar su conducta a lo establecido en la normativa vigente y con la finalidad de disminuir todo riesgo que pueda afectar la vida y la salud de los trabajadores como consecuencia de las tareas desarrolladas. Dicho programa deberá ser presentado y actualizado anualmente ante la A.R.T..

d) Comunicar a la A.R.T., con la debida antelación, los cambios de tecnología, incorporaciones de sustancias y compuestos utilizados en los procesos, modificaciones en la organización del trabajo y cualquier otro cambio que se produzca en los trabajos generados por el Empleador que modifiquen los riesgos de accidentes o enfermedades profesionales tenidos en cuenta al inicio de la cobertura.
e) Facilitar el ingreso y la tarea del personal de la autoridad competente y de la A.R.T. pararealizar verificaciones, auditorías, evaluaciones y toda otra tarea relacionada con la Recalificación Profesional de trabajadores siniestrados, previa acreditación del mandato, dentro de los horarios de trabajo y sin previa notificación.
f) Cumplir con las recomendaciones que formule la A.R.T. así como con los programas que al respecto establezca la autoridad de aplicación de la Ley de Riesgos del Trabajo.
g) Acreditar la realización de los exámenes preocupacionales, el eventual visado y/o fiscalizado de las preexistencias al personal que figura en la nómina presentada en el momento de la afiliación, y poner en conocimiento de ello a la A.R.T. dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas de formalizado el contrato. A su vez, deberá informar a los trabajadores del resultado de sus exámenes.
h) Acreditar la capacitación brindada al trabajador previo al inicio de tareas, respecto de los riesgos que conlleva la tarea a desempeñar.
i) Solicitar la Clave de Alta Temprana (C.A.T.) de sus nuevos trabajadores dependientes con anterioridad al inicio de sus tareas, ante la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P.), de acuerdo a lo que establezca el citado Organismo en la normativa aplicable.
En el caso de personal Extra-SUSS, se mantendrá la obligación de declarar el alta ante la A.R.T. con una anterioridad de por lo menos VEINTICUATRO (24) horas al inicio de las tareas,
a través del medio que formal o informalmente acuerden.
La omisión de las condiciones antes señaladas, permitirá a la ASEGURADORA ejercer la acción de repetición que corresponda contra el empleador.
Asimismo, las bajas de trabajadores deberán ser informadas a la A.R.T. dentro de los TRES (3) días de producido el distracto laboral por cualquier causa.
j) Informar a los trabajadores, inmediatamente de firmado el presente, la ASEGURADORA a la cual se encuentran afiliados y que les brindará cobertura ante la ocurrencia de las contingencias previstas por la Ley de Riesgos del Trabajo.
k) Entregar a los trabajadores las credenciales correspondientes dentro de los CINCO (5) días hábiles de recibidas e informar el procedimiento a seguir para realizar la denuncia en caso de accidente, comunicando los teléfonos de emergencia a través de los cuales podrá acceder el damnificado a las prestaciones asistenciales.
l) Deberá informar y capacitar a los trabajadores en materia de condiciones y medio ambiente del trabajo de acuerdo con las características y riesgos específicos de las tareas que desempeñen y de sus puestos de trabajo.
m) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento.
n) El EMPLEADOR está obligado a denunciar a la ASEGURADORA, inmediatamente de conocido, todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que sufran sus dependientes.
El empleador que no cumpliera con esta obligación, deberá abonar a la aseguradora, en concepto de Cláusula Penal, la suma de PESOS indicada en la SPD.
También podrá efectuar la denuncia el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento del accidente de trabajo o enfermedad profesional.
Sólo cuando sea imposible la comunicación a la aseguradora para la atención de una urgencia o que comunicada no haya dado cumplimiento a sus obligaciones o no pueda hacerlo en plazo útil, el empleador deberá disponer por sí la atención del accidentado, dando posterior aviso a la aseguradora. En este supuesto la aseguradora reintegrará los gastos derivados de prestaciones en especie realizados en un plazo de DIEZ (10) días desde que le sea presentada la correspondiente rendición de gastos.
ñ) Contar con servicios de salud y seguridad en el trabajo, con carácter interno o externo.
o) Cuando concurran en un mismo establecimiento DOS (2) o más empleadores, deberá celebrarse acuerdo entre ellos para coordinar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad laboral, siendo responsabilidad del titular del establecimiento procurar dicho acuerdo.
2) OBLIGACIONES A CARGO DE LA ASEGURADORA
A los efectos del cumplimiento de lo establecido por los artículos 4° y 31 de la Ley 24.557 y sus Decretos reglamentarios en lo relativo a sus obligaciones en materia preventiva, la Aseguradora deberá cumplir con lo estipulado en los artículos 10 y 11 de la Resolución S.R.T. N° 463 de fecha 11 de mayo de 2009, y además deberá:
a) Declarar en el Registro de Cumplimiento de Normas de Higiene, Salud y Seguridad en el Trabajo, con carácter de declaración jurada, dentro de los CUARENTA (40) días corridos de recibido el Relevamiento General de Riesgos Laborales, los datos informados por el empleador respecto del estado de cumplimiento de las normas de higiene y seguridad y el plan fijado
para su corrección.
b) Denunciar en el Registro aludido precedentemente a los empleadores que no han presentado el Relevamiento General de Riesgos Laborales al momento de la afiliación o de la
renovación automática del mismo contrato.
c) Denunciar en el mismo Registro a los empleadores que no han dado cumplimiento al Plan fijado oportunamente.
d) Brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica al EMPLEADOR afiliado sobre la normativa vigente en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo, sobre la existencia de riesgos y sus potenciales efectos, sobre los elementos de protección personal, sobre la capacitación que corresponde brindar a los trabajadores y sobre la seguridad en el empleo de productos químicos y biológicos.
e) Realizar los exámenes periódicos al personal expuesto a los agentes de riesgos, conforme la documentación respaldatoria y la nómina de personal expuesto declarados por el empleador. A tales efectos, deberá coordinar con el EMPLEADOR las fechas y horarios en que se realizarán los exámenes aludidos, con el fin de no resentir la actividad económica de
éste, quien a su vez deberá poner a disposición de la Aseguradora al personal alcanzado.
f) Elaborar y entregar a los empleadores un informe sobre el resultado de los exámenes médicos practicados, debiendo formular las recomendaciones que sean necesarias.
g) Mantener informado al EMPLEADOR sobre el estado del trabajador siniestrado, cada vez que el mismo lo requiera. Tal información podrá ser brindada a través de medios electrónicos.
h) Denunciar ante la S.R.T. todo incumplimiento a las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo vigentes en que incurriere el empleador, como así también toda conducta renuente a adecuar las condiciones de trabajo, de acuerdo con lo establecido por las normas de prevención y al plan presentado.
i) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento conforme lo informado por el empleador.
j) Cuando concurran DOS (2) o más A.R.T. en un mismo establecimiento, deberán coordinar sus acciones según lo establezca la reglamentación, bajo responsabilidad de la A.R.T. contratada por el titular del establecimiento. Esta obligación se corresponde con la establecida en el inciso o) de las Obligaciones del Empleador.
k) Denunciar a los empleadores que no cumplan con su obligación de comunicar los siniestros laborales, de conformidad con lo establecido en el inciso a) del apartado 1° del artículo 31
de la Ley N° 24.557.
l) Poner a disposición del EMPLEADOR el Listado de Prestadores vigente que brindará cobertura a nivel nacional.
II. RESPONSABILIDAD DE LA A.R.T. ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES
El incumplimiento de las obligaciones aludidas conllevará la aplicación de las sanciones que correspondan, de acuerdo con lo establecido en la Resolución S.R.T. N° 735 de fecha 26 de junio de 2008, la Resolución S.R.T. N° 38 de fecha 09 de mayo de 2018 y en el artículo 32 de la Ley de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULA SEXTA: RESCISIÓN.
El presente contrato podrá ser rescindido por las partes conforme se establece a continuación: I - POR EL EMPLEADOR, en los siguientes casos:
a) Por cambio de aseguradora, habiendo transcurrido SEIS (6) meses desde la primera afiliación a una ASEGURADORA. En lo sucesivo, este derecho podrá ser ejercido con una periodicidad mínima anual.
b) Por el cese de actividad del empleador, debiendo encontrarse presentado el Formulario correspondiente ante la A.F.I.P..
c) Cuando no tenga más trabajadores en relación de dependencia, debiendo encontrarse presentado el Formulario correspondiente ante la A.F.I.P..
II.- POR LA ASEGURADORA, en los siguientes casos:
a. Cuando el EMPLEADOR adeude un monto equivalente a DOS (2) cuotas, tomando la de mayor valor devengado en los últimos DOCE (12) meses, siempre que ésta no incluya las sumas correspondientes al Sueldo Anual Complementario (S.A.C.). En el estado de deuda

deberán incluirse todos los saldos parciales a favor del EMPLEADOR y, en caso de haberse suscripto la CLÁUSULA DECIMA adicional del presente contrato, se deberán computar, a modo de compensación, los montos que la ASEGURADORA adeude al EMPLEADOR en concepto de reintegros por I.L.T. presentados al cobro con la documentación completa.
A los efectos de considerar legalmente rescindido el contrato por falta de pago, la ASEGURADORA deberá, previamente, dar cumplimiento al procedimiento establecido a tal fin por el artículo 44 de la Resolución S.R.T. N° 298/17.
En el caso que el EMPLEADOR hubiese efectuado pagos directos a la ASEGURADORA, ésta deberá extender un recibo discriminando período, importe y concepto del pago, e ingresar las sumas percibidas a través del S.U.S.S..
Cuando se ejerza este derecho, la rescisión operará a partir de la CERO (0) hora del día inmediato posterior al de su última notificación.
a. Cuando se verifique que el EMPLEADOR ha presentado ante la A.F.I.P. su cese de actividad. A tal fin, la S.R.T. requerirá a la A.F.I.P. con una frecuencia semestral la información pertinente y la pondrá a disposición de las A.R.T..
b. Cuando el EMPLEADOR deje de presentar el Formulario A.F.I.P. N° 931, para proceder ala rescisión del contrato la ASEGURADORA deberá cumplimentar lo dispuesto en el artículo 20° de la presente resolución que aprueba el servicio "POLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO".

CLÁUSULA SÉPTIMA: VENTANILLA ELECTRÓNICA
Las partes se hallan incluidas en el Sistema de Ventanilla Electrónica implementado por las Resoluciones S.R.T. N° 635 de fecha 23 de junio de 2008 y N° 365 de fecha 16 de abril de 2009. Todas las acciones que se realicen a través de dicho Sistema en virtud de disposiciones expresas de la S.R.T., resultan válidas para las partes.
Las notificaciones que con carácter fehaciente deban cursarse entre sí, la A.R.T., el empleador, las Administraciones del Trabajo Locales (A.T.L.) y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) podrán realizarse en forma electrónica, conforme la forma y modalidades que ésta última reglamente.
A tal fin, el Empleador, deberá ingresar a la página institucional www.srt.gob.ary seguir los pasos allí indicados. El domicilio electrónico creado en el marco del citado Sistema subsistirá aún en caso de Traspaso de Aseguradora, Rescisión contractual, Falta de Trabajadores o Cese de la Actividad del Empleador, debidamente registrados ante la A.F.I.P..
Mientras el Administrador de Relaciones para la C.U.I.T. del EMPLEADOR no especifique un responsable de la Notificación Electrónica se asignará la función al mismo Administrador. La Administración de Relaciones de la clave fiscal se gestiona en el sitio oficial de la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P).
El servicio "POLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO", incluido en el del Sistema de Ventanilla Electrónica, es de uso obligatorio para la A.R.T. y el EMPLEADOR.
El envío de la Solicitud de Póliza Digital al EMPLEADOR a través de e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica, tiene para el canal comercial interviniente y la A.R.T. idénticos efectos jurídicos que la firma manuscrita.
La aceptación de la Solicitud de Póliza Digital, realizada por el EMPLEADOR a través de e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica, tiene idénticos efectos jurídicos que la firma manuscrita, y da origen al contrato de cobertura con la A.R.T. a partir de la fecha establecida en la Solicitud de Póliza Digital.
El EMPLEADOR podrá realizar la aceptación de la Solicitud de Póliza Digital hasta las 23:59 horas del día de inicio de vigencia de la cobertura establecido en dicho instrumento, o hasta el día hábil inmediato posterior, si el primero fuese no laborable. Transcurrido dicho plazo, la misma quedará anulada por defecto.

CLÁUSULA OCTAVA: DOMICILIOS
Complementariamente al domicilio electrónico dispuesto en la CLÁUSULA SÉPTIMA, las partes declaran y aceptan que los domicilios postales constituidos en el primer párrafo del presente contrato serán considerados también válidos a los efectos de las notificaciones que las partes deban realizarse con relación a los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato, siendo obligación de las mismas notificar en forma fehaciente cualquier modificación que sufran los domicilios constituidos. En su defecto, se tendrán por válidas las notificaciones efectuadas en el último domicilio declarado.

CLÁUSULA NOVENA: COMPETENCIA
Toda controversia que se plantee con respecto al presente contrato, se sustanciará ante los Tribunales competentes, conforme a lo establecido en el artículo 46 de la L.ey de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULAS ADICIONALES
CLÁUSULA DECIMA:
PAGO DE PRESTACIONES DINERARIAS POR CUENTA Y ORDEN DE LA A.R.T.
Las partes acuerdan que mientras se encuentre vigente la relación laboral de los beneficiarios, el EMPLEADOR efectuará por cuenta y orden de la ASEGURADORA el pago de las prestaciones dinerarias de pago mensual, de las asignaciones familiares y efectuará en igual sentido la declaración y pago de aportes y contribuciones a la Seguridad Social.
La ASEGURADORA, por su parte, deberá reembolsar al EMPLEADOR el monto de dichos conceptos dentro de los TREINTA (30) días corridos de la presentación de la documentación que acredite el pago, debiendo dar cumplimiento al procedimiento que se describe en el instructivo siguiente (*). En caso de incumplimiento del plazo indicado, la ASEGURADORA deberá reconocer un interés igual al establecido en la CLÁUSULA CUARTA: Mora, de las Condiciones Generales.
Mensualmente, la ASEGURADORA deberá informar al EMPLEADOR por Ventanilla Electrónica los siniestros conocidos durante el mes calendario anterior, indicando la documentación a presentar para el reintegro de las prestaciones dinerarias por I.L.T.
Para el caso en que las partes hayan adherido a esta cláusula, se tornará obligatoria para la ASEGURADORA la compensación establecida en la CLÁUSULA UNDECIMA.
Se deja constancia que la suscripción de la presente CLÁUSULA OPCIONAL por el EMPLEADOR, en ningún caso y bajo ningún concepto exime a la ASEGURADORA de su responsabilidad frente al trabajador.
El EMPLEADOR y la ASEGURADORA podrán dejar sin efecto al momento de la renovación automática del contrato el acuerdo celebrado, previa notificación fehaciente a la otra parte con una antelación de al menos NOVENTA (90) días, debiendo la ASEGURADORA continuar con los pagos a partir del vencimiento del contrato.
La acumulación de incumplimientos de la ASEGURADORA a las obligaciones emanadas de la presentes CLÁUSULAS ADICIONALES, será considerada falta GRAVE.
(*) INSTRUCTIVO REGLAMENTARIO DE LA CLÁUSULA DÉCIMA.
LIQUIDACIÓN Y REINTEGRO DE PRESTACIONES DINERARIAS EN CONCEPTO DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA
1- CONVENIO DE PAGO POR CUENTA Y ORDEN DE LA A.R.T.
De acuerdo con la cláusula opcional suscripta por las partes en el presente contrato y con lo establecido por el artículo 4° de la Resolución S.R.T. N° 237 de fecha 16 de diciembre de
1996, la ASEGURADORA puede convenir con el EMPLEADOR que, mientras se mantenga vigente la relación laboral, éste efectúe el pago de las prestaciones dinerarias en concepto de I.L.T. y de las asignaciones familiares, por su cuenta y orden.
En estos casos el EMPLEADOR deberá emitir un recibo en original, duplicado y triplicado, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo 140 de la Ley N° 20.744, discriminando:
a) la Remuneración; b) la prestación dineraria Ley N° 24.557 "a cargo del EMPLEADOR" (por los DIEZ (10) primeros días); c) la prestación dineraria Ley N° 24.557 "por cuenta y orden de la ASEGURADORA" (a partir del día ONCE (11) inclusive) y d) las asignaciones familiares.
En la declaración jurada mensual se deberá incluir al trabajador, con el código de siniestrado conforme reglamentación de la A.F.I.P.
2.- SITUACIONES ESPECIALES
Si por cualquier causa se extingue la relación laboral con el trabajador accidentado mientras se encuentra en situación de I.L.T. o si por cualquier otro motivo el EMPLEADOR no puede liquidar esta prestación dineraria, se deberá comunicar fehacientemente a la ASEGURADORA para que ésta proceda a continuar con los pagos en forma directa.
Durante el período en el cual el trabajador se encuentra en I.L.T., no devenga remuneraciones, en consecuencia, no corresponde liquidar por dicho período "Sueldo Anual Complementario".
3 - DOCUMENTACIÓN QUE EL EMPLEADOR DEBE PRESENTAR A LOS EFECTOS DEL REINTEGRO DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ASEGURADORA
a) Copia de los recibos de sueldo del trabajador por los pagos realizados por el EMPLEADOR en concepto de I.L.T. o Constancia de transferencia bancaria a la cuenta sueldo del trabajador, en caso que el recibo de sueldo carezca de su firma.
b) Copia del comprobante que acredite el pago de los aportes y contribuciones.
La ASEGURADORA deberá extender un recibo al EMPLEADOR en el cual conste el detalle de la documentación presentada por éste y la

fecha de recepción de la misma.
La ASEGURADORA podrá habilitar en su sitio de internet, una herramienta que permita al EMPLEADOR realizar las solicitudes de reintegros de manera electrónica, en la cual se quede registrada la fecha de la solicitud.
4 - REINTEGRO AL EMPLEADOR DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ASEGURADORA
La ASEGURADORA corroborará la documentación presentada por el EMPLEADOR en un plazo no mayor a VEINTE (20) días corridos a contar desde su recepción y le requerirá, de corresponder, la documentación faltante mediante notificación fehaciente, indicando que hasta tanto complete la documentación no se dará curso a la solicitud de reintegro. Caso contrario se entenderá que el EMPLEADOR presentó la totalidad de la documentación.
El plazo de TREINTA (30) días será suspendido hasta que el EMPLEADOR complete la documentación.
La ASEGURADORA deberá arbitrar los medios necesarios para corroborar que el pago de las prestaciones dinerarias por cuenta y orden, se efectúe conforme las normas y plazos vigentes.
La ASEGURADORA deberá notificar fehacientemente o a través de su sitio de internet al EMPLEADOR el pago del reintegro, informando el C.U.I.L. del damnificado, nombre y apellido
del damnificado, período de I.L.T., fecha de pago y medio de pago.

CLÁUSULA ÚNDECIMA:
COMPENSACIÓN DE ALICUOTAS IMPAGAS CON REINTEGROS DE I.L.T.
En el plazo de TREINTA (30) días corridos de recibida la documentación por parte del empleador, la Aseguradora deberá proceder a la compensación de alícuotas impagas con reintegros de prestaciones dinerarias en concepto de I.L.T. abonadas por el EMPLEADOR al trabajador por cuenta y orden de la ASEGURADORA, mediante el reembolso de dichos montos. A tal fin, el EMPLEADOR deberá acreditar, por medio de la documentación detallada en la cláusula precedente, el pago de las prestaciones abonadas al damnificado y las contribuciones efectuadas.
A tal efecto, la ASEGURADORA deberá extender al EMPLEADOR un recibo en el cual figure: el C.U.I.L. del damnificado; Nombre y Apellido del damnificado; Período de I.L.T.; Importe de I.L.T.; Importe de contribuciones; Total de reintegros a compensar; y Detalle de períodos e importes impagos a compensar. Dicho recibo deberá estar suscripto por la ASEGURADORA y el EMPLEADOR consignando la fecha del mismo.
Por otra parte, la ASEGURADORA deberá ingresar al S.U.S.S. los importes de las alícuotas compensadas, imputando cada importe compensado al período que corresponda en el plazo previsto en el primer párrafo de la presente Cláusula.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: Montos a compensar. Diferencias.
a. La ASEGURADORA no compensará al EMPLEADOR, los montos que este último hubiere pagado en concepto de I.L.T., que excedan el importe que surge de aplicar la normativa vigente.
b. La ASEGURADORA deberá liquidar y pagar de manera directa a los trabajadores, los montos que el EMPLEADOR hubiere omitido pagarles, e ingresar los aportes y contribuciones respectivos.

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA DE REPRESENTANTE DE ART



Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A

.....
CUIT/CUIL: 20311875087

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

ASEGURADO TOYOS, MAXIMILIANO GASTON **MAT.** 2021773.1 CUIT 20-31187508-7

DOMICILIO AVELLANDA BIS NRO 48 P 266.7
(7540) CORONEL SUAREZ BS. AS. 51-0-00087-00087-2 MAT.: 30727

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** 51/053702-000

VIGENCIA

EMISION 18/02/2026 **desde las 12 hs. del** 02/03/2026 **hasta las 12 hs. del** 02/03/2027 **DIAS DE VIGENCIA** 365

LUGAR DE EMISION: La Plata Renovación de Póliza: 51-045873-000

OBJETO DEL SEGURO

CONSECUENCIA DE ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO. (ALCANCE 24HS)

ACTIVIDAD: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
COBERTURAS: MUERTE POR ACCIDENTE $ 50000000
INCAP. PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL $ 50000000
ASIST.MEDICA Y FARMACEUTICA $ 15000000 FRANQUICIA $ 10000,00
BENEFICIARIOS: SCHWAB ANA IRENES

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%
LEY 19518 0,50%
P.IIBB BS. AS. 1,50%
R.G.3337 (D.G.I.) 3,00%
C.S. 22427

DJ.INSC. 30-50005031-0
FORMA DE PAGO: CONTADO

COD.PAGO ELECTRONICO BANELCO: 5106053702000000
PRODUCTOR: D'AMBRA JOSE MARIA
TNA: 21,0% - TEA: 23,120% - (Tasa calculada sobre vigencia anual con pagos mensuales)

PRIMA (1)	296097,50
RECARGOS (2)	47375,87
SUBTOTAL	343473,37
IMPUESTOS Y TASAS (3)	113607,16
PREMIO $	457080,53

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

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 51/053702

SE DEJA CONSTANCIA QUE LA PRESENTE COBERTURA AMPARA RIESGOS DE HASTA 4 (CUATRO) METROS DE ALTURA.

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:

30-71196932-9 RPB SRL----------
30-70981114-9 R.P.B S.A.----------
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------
30-66341857-9 SMURFIT KAPPA DE ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-51705022-5 AGUAS DANONE DE ARGENTINA SA----------
30-71170167-9 ALICORP S.A.----------
30-66627755-0 ARRE BEEF S A----------
30-70915104-1 A.V.A. SOCIEDAD ANONIMA----------
30-69759871-1 BODEGAS SALENTEIN S.A.----------
30-58673333-4 CARTOCOR SOCIEDAD ANONIMA----------
30-61375512-4 CEPAS ARGENTINAS S.A----------
30-50278659-4 CERAMICA SAN LORENZO IND Y COM S.A.----------
30-52539008-6 COCA COLA FEMSA DE BS.AS. S.A.----------
30-52570593-1 COOPERATIVA OBRERA LIMITADA DE CONSUMO Y VIVIENDA-------
30-70100954-8 ECO DE LOS ANDES S A----------
30-67194955-9 FELIPE ANDREU E HIJOS S.A.----------
30-63459562-3 FECOVITA FEDERACION DE COOPERATIVAS VITIVINICOLAS ARGENT
INAS----------
30-51730709-9 GRANJA TRES ARROYOS SOCIEDAD ANONIMA COMERCIAL AGROPECUA
RIA FIN E INDUSTRIAL----------
30-61610611-9 ILVA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-60851774-6 KUEHNE NAGEL S.A.----------
30-50085862-8 MOLINOS RIO DE LA PLATA S.A----------

Rosana Ibarrart
Gerente General

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza
Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 51/053702

30-54676404-0 NESTLE ARGENTINA S.A.----------
33-70707452-9 NIDERA SEMILLAS SA----------
30-63575859-3 SALENTEIN FRUIT S.A----------
30-71000666-7 SALTO DE LAS ROSAS S.A.----------
30-50109269-6 UNILEVER DE ARGENTINA S.A.----------
30-53764771-6 PEPSICO DE ARGENTINA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITAD
A----------
30-69232743-4 PEPSICO DE ARGENTINA S A----------
30-50474453-8 PEUGEOT CITROEN ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-50331781-4 RENAULT ARGENTINA S.A----------
33-66204411-9 AMCOR FLEXIBLES SAN LUIS S. A.----------
30-65518973-0 DELTACOM S A----------
30-67988839-7 SAF ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-70700488-2 FINCA LA CELIA S.A.----------
30-70976159-1 CERAMICA CAÑUELAS S A----------
30-71092007-5 SIMPLOT ARGENTINA S R L.----------
30-51787491-0 LA AGRICOLA S A----------

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

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 51/053702

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 COMPROBADO EL INCUMPLIMIENTO DE LO ANTERIOR, QUEDARÁ EL ASEGURADOR EXENTO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD

CONSTRUCCIÓN Y TRABAJOS EN ALTURA

PARA LA EFECTIVA APLICACIÓN DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS, SE LE EXIGIRÁ AL ASEGURADO LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD REGLAMENTARIAS APLICABLES AL LUGAR DE OCURRENCIA Y NECESARIAS PARA PODER LLEVAR A CABO LA ACTIVIDAD QUE CONSTARA EN LA DENUNCIA DEL SINIESTRO. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO COMPROBADO OPERARÁ COMO RIESGO NO CUBIERTO QUEDANDO EL ASEGURADOR EXENTO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD.

CLAUSULAS ADICIONALES QUE INTEGRAN EL CONTRATO

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 RENAULT ARGENTINA S.A CUIT: 30-50331781-4 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.----------

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 Nº21.526.
C) TARJETAS DE CRÉDITO, DÉBITO O COMPRAS EMITIDAS EN EL MARCO DE LA LEY Nº25.065.
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 Nº25.345 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,
anaschwab@hotmail.com.ar,
RESULTANDO FEHACIENTE COMO MEDIO DE NOTIFICACION, ARTICULO 75 CCYCN.

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A5-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

Frente de Póliza

Condiciones Particulares

POLIZA DE SEGURO DE: ACCID. PERSONALES NUMERO: 51/053702

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.

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: 51/053702

CER.	DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRES	FEC.NAC.	FECHA ALTA	FECHA BAJA
0001	DNI 31187508	TOYOS, MAXIMILIANO GASTON	14/12/1984	02/03/2026	

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A5-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante TOYOS, MAXIMILIANO GASTON Mat:2021773.1 Poliza:51/053702
Domicilio: AVELLANDA BIS 48 CORONEL SUAREZ

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 02/03/2026 hasta el 02/03/2027
Actividad: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado. Alcance 24Hs

Coberturas
Muerte por Accidente $ 50000000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 50000000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 15000000 con Franquicia de $ 10000,00.
Beneficiario
SCHWAB ANA IRENES
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 266.7

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $350.000.
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 $100.000 por gastos.
Endosado favor de:
30-71196932-9 RPB SRL----------
30-70981114-9 R.P.B S.A.----------
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------
30-66341857-9 SMURFIT KAPPA DE ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-51705022-5 AGUAS DANONE DE ARGENTINA SA----------
30-71170167-9 ALICORP S.A.----------
30-66627755-0 ARRE BEEF S A----------
30-70915104-1 A.V.A. SOCIEDAD ANONIMA----------
30-69759871-1 BODEGAS SALENTEIN S.A.----------
30-58673333-4 CARTOCOR SOCIEDAD ANONIMA----------
30-61375512-4 CEPAS ARGENTINAS S.A----------
30-50278659-4 CERAMICA SAN LORENZO IND Y COM S.A.----------
30-52539008-6 COCA COLA FEMSA DE BS.AS. S.A.----------
30-52570593-1 COOPERATIVA OBRERA LIMITADA DE CONSUMO Y VIVIENDA-------
30-70100954-8 ECO DE LOS ANDES S A----------

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4-V1

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

30-67194955-9 FELIPE ANDREU E HIJOS S.A.----------
30-63459562-3 FECOVITA FEDERACION DE COOPERATIVAS VITIVINICOLAS ARGENT
INAS----------
30-51730709-9 GRANJA TRES ARROYOS SOCIEDAD ANONIMA COMERCIAL AGROPECUA
RIA FIN E INDUSTRIAL----------
30-61610611-9 ILVA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-60851774-6 KUEHNE NAGEL S.A.----------
30-50085862-8 MOLINOS RIO DE LA PLATA S.A----------
30-54676404-0 NESTLE ARGENTINA S.A.----------
33-70707452-9 NIDERA SEMILLAS SA----------
30-63575859-3 SALENTEIN FRUIT S.A----------
30-71000666-7 SALTO DE LAS ROSAS S.A.----------
30-50109269-6 UNILEVER DE ARGENTINA S.A.----------
30-53764771-6 PEPSICO DE ARGENTINA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITAD
A----------
30-69232743-4 PEPSICO DE ARGENTINA S A----------
30-50474453-8 PEUGEOT CITROEN ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-50331781-4 RENAULT ARGENTINA S.A----------
33-66204411-9 AMCOR FLEXIBLES SAN LUIS S. A.----------
30-65518973-0 DELTACOM S A----------
30-67988839-7 SAF ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA----------
30-70700488-2 FINCA LA CELIA S.A.----------
30-70976159-1 CERAMICA CAÑUELAS S A----------
30-71092007-5 SIMPLOT ARGENTINA S R L.----------
30-51787491-0 LA AGRICOLA S A----------

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 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 RENAULT ARGENTINA S.A CUIT: 30-50331781-4 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 D
ENTRO DE SUS INSTALACIONES.----------

Rosana Ibarrart
Gerente General

RIVADAVIA
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 10 días del mes de marzo de 2026.
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 51/053702
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 31187508	TOYOS, MAXIMILIANO GASTON	14/12/1984	02/03/2026

Rosana Ibarrart
Gerente General

RZ18A4-V1

SANCOR SEGUROS

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

CERTIFICADO DE COBERTURA

Por medio de la presente certificamos que la firma TOYOS MAXIMILIANO GASTON posee en esta cooperativa un Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Ley 1567/74 - Nro. de póliza: 2872884 - referencia 2825066, con vigencia desde el 01/06/2026 hasta 01/06/2027, cuya nómina se detalla a continuación.
A solicitud de la parte interesada se extiende el presente en Sunchales (SF) a los 20 días del mes de octubre de 2026.
Este certificado tendrá validez siempre que se haya realizado la presentación correspondiente en ARCA.

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFICINA	PROPUESTA	TOMADOR
2825066	**2872884**	**1**	1720	1	150608	209237	01/06/2026	201	VOR002825066	DNI 31187508 TOYOS MAXIMILIANO GASTON

ASEGURADO			BENEFICIARIO			VIGENCIA		
Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	ORIGEN	DESDE	HASTA
DNI 23306176	IBAÑEZ JUAN CRUZ	53	Prov.J. 156774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios	ARCA F931	01/06/2026	01/06/2027
DNI 28346432	MERKEL PABLO GASTON	45	Prov.J. 156774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios	ARCA F931	01/06/2026	01/06/2027
DNI 33827486	RESER CRISTIAN FABIAN	38	Prov.J. 156774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios	ARCA F931	01/06/2026	01/06/2027

Cantidad de adherentes: 3

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

Edificio Corporativo: Ruta Nacional 34 | km 257 | 2322 Sunchales | Sta. Fe - Argentina | Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151) | Fax (03493) 800-888-2850

Prevención ART
de SANCOR SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

PREVENCIÓN Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., autorizada a afiliar en todo el país con los alcances establecidos en la Ley de Riesgos del Trabajo Nº 24.557 por Resolución Nº 24404/96 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y Resolución Nº 103/96 de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, certifica que el empleador TOYOS MAXIMILIANO GASTON C.U.I.T. 20-31187508-7 con domicilio en calle N AVELLANEDA BIS 48 (7540) - CORONEL SUAREZ - PROVINCIA DE BUENOS AIRES, tiene emitido un Contrato de Afiliación registrado bajo el número 604895 en los términos de la Ley Nº 24.557 sus decretos y leyes complementarias y reglamentarias, cuya vigencia se extiende entre el 01/03/2026 y el 28/02/2027 amparando su personal en relación de dependencia, cuya nómina se detalla abajo.

El presente certificado se extiende a pedido del afiliado en Sunchales (SF), el día 20 de octubre de 2026, para ser presentado ante quien corresponda, y por el término de 30 días, careciendo de todo valor una vez operado el vencimiento del plazo indicado.

DETALLE DEL PERSONAL AMPARADO AL 20/10/2026

EMPRESA	CONTRATO	PÓLIZA
TOYOS MAXIMILIANO GASTON	604895	4357718

C.U.I.L./D.N.I.		Apellido y nombre	Condición
20233061760	1	IBAÑEZ JUAN CRUZ	Régimen General
20338274867	2	RESER CRISTIAN FABIAN	Régimen General

TOTAL DE EMPLEADOS 2

Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A

Ruta Nacional N° 34 - km 257
2322 - Sunchales - Santa Fe
Tel. 03493 - 428600 - 0800 5555 278

PREVENCIÓN Aseguradora de Riesgos del Trabajo S. A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra Azul Natural Beef S.A. 30-71522827-7, MELI LOG S.R.L. 30-71568605-4 - LEONCIO ARIZU S.A. 30-50859850-1, FERRERO, ARGENTINA S.A. 30-65831333-5, WADE SOCIEDAD ANONIMA 30-60025739 -7 - LA AGRICOLA S.A. 30-51787491-0, MOLFINO HNOS SOCIEDAD ANONIMA 30-50076826-2, SIMPLOT ARGENTINA S.R.L. 30-71092007-5, AGUAS DE ORIGEN S.A. 33-71751305-9 - Mapei Argentina S.A..Cuit N ° 30-60591272-5, FRIAR S.A. 30-50400508-5 - KIMBERLY CLARK ARGENTINA S.A. 30-60960793-5, LA RURAL BODEGAS Y VIÑEDOS LTDA 30-52719611-2, Papel Prensa SAICF Y de M 30-54827499-7,Dorada S.A. 30-71714895 -5, Ceramicas Cañuelas S.A. 30-70976159-1 - Finca La Celia S.A. 30-70700488-2, Cerámica Cortinez S.A. 30-55931221 -1 , Clos de los siete S.A.30707084665, SMURFIT KAPPA DE ARGENTINA S.A., SAF ARGENTINA S.A., AGUAS DANONE S.A., ALICORP, ARREBEEF, AVA S.A., BODEGAS SALENSTEIN S.A. 30-69759871-1 , CARTOCOR S.A., CEPAS, CERAMICA SAN LORENZO, COCA COLA FEMSA, COOPERATIVA OBRERA,ECO DE LOS ANDES S.A., FELIPE ANDREU E HIJOS S.A., FECOVITA, GRANJA TRES ARROYOS S.A., ILVA, KUEHNE NAGEL S.A., MOLINO RIO DE LA PLATA S.A., NESTLE ARGENTINA S.A., NIDERA S.A., PEPSICO, PEPSICO DE ARGENTINA SRL, PEUGEOT-CITROEN, RENAULT ARGENTINA S.A., RPB S.A., SALENSTEIN FRUIT, SALTO DE LAS ROSAS S.A., UNILEVER DE ARGENTINA, Aluflex S.A. 33-66204411-9, Deltacom S.A. (Veocia) 30-65518973 - Flechas de los Andes S.A. CUIT 33-70708469-9, CANTERA CERRO NEGRO S.A. 30- 50101005-3, sus funcionarios, empleados u obreros, con fundamento en el art. 39.5 de la Ley Nº 24.557, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex-dependiente de TOYOS MAXIMILIANO GASTON, alcanzados por la cobertura del contrato de afiliación Nº 604895 por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo en la medida que el empresario comitente a favor de quien se emite la presente cumpla con la clasificación en el tercer nivel según lo estipulado por el articulo segundo inciso c del decreto 170/1996.

Esta cláusula cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley 19.587, su decreto reglamentario N° 351/79 y las normas que sobre el particular haya dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las Provincias en el ámbito de su competencia.

Se extiende la presente en Sunchales (SF), 20 de Octubre de 2026.

Pablo Pisciolari
Gerente de Riesgos del Trabajo
Prevención Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A