
ACCIDENTES PERSONALES
Constancia de Cobertura

Póliza N° **9144099**

Se deja expresa constancia que **WALTER DARIO BARROSO** ha contratado en esta Compañía un seguro de Accidentes Personales, de acuerdo a las Coberturas y Sumas Aseguradas que a continuación se detallan y conforme a las Condiciones Particulares y Generales del mencionado seguro.

Coberturas	Suma Asegurada
✓ Muerte Accidental	\$ 6.000.000.-
✓ Inv. Total Permanente por Accidente	\$ 6.000.000.-
✓ Inv. Parcial Permanente por Accidente, hasta	\$ 6.000.000.-
✓ Asistencia medica farmaceutica por accidente hasta (deducible \$300)	\$ 800.000.-

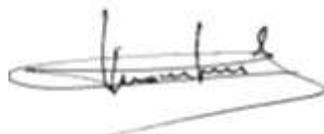
Vigencia de la Póliza: 21/04/2023 al 22/05/2023

Ambito de Cobertura: Durante la jornada laboral e in itinere (sin motocicleta)

Actividad: ARMADO Y DESARMADO DE STANS HASTA 8 MTS DE ALTURA

Asegurados:

CORVALAN RICARDO	22196942	25/06/1971
CORVALAN CRISTIAN	41777779	05/02/1999
PACHECO RUBEN ISMAEL	22676375	24/05/1972
ALMADA ALEXIS ALBERTO	31992880	29/10/1985
ARANCIBIA NESTOR	26365840	11/12/1977
SALAZAR PEDRO LUIS	29949404	26/12/1982
AÑEZ PEREZ VICTOR HUGO	95117405	09/11/1979
GAMBARTE DAVID	33246583	28/08/1987
BARROSO WALTER DARIO	18534402	26/08/1967



Juan Luis Campos
Gerente General

PIERETTI JULIETA BELÉN

40675842

12/10/1997

BENEFICIARIO: EL TOMADOR.

Esta Aseguradora renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra (), sus funcionarios, empleados u obreros, en cualquier forma jurídica, con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a indemnizar al personal alcanzado por la cobertura de esta póliza contratada por WALTER DARIO BARROSO, por los accidentes sufridos en ocasión de los trabajos realizados en (*) o durante el trayecto entre el domicilio del trabajador y su lugar de trabajo.*

Beneficiarios:

Se instituye beneficiario en primer término al contratante con preeminencia sobre los restantes beneficiarios: EL TOMADOR que conservaran su derecho solo sobre el saldo de la prestación: 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 refiere el inciso 1) 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 1) de esta Cláusula, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por la póliza.

Se deja constancia que se otorgará cobertura siempre y cuando el personal asegurado se encuentre trabajando con las medidas de seguridad y protección inherentes a dicha actividad exigidas por ley de riesgos del trabajo. En caso contrario la cobertura queda nula y sin valor, sin responsabilidad alguna por parte de Meridional Cía. Arg. de Seguros S.A. de abonar la suma establecida en póliza.

(*)COMITÉ EJECUTIVO SRL CUIT Nº 30-70872795-0./ LA RURAL S.A. 30-69758304-8./ CENTRO COSTA SALGUERO S.A. CUIT 30-66154426-7./ TELEMETRIX S.A. CUIT 30-62032463-5./ GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES CUIT 34-99903208-9./ CAMARA ARGENTINA DE FABRICANTES E IMPORTADORES DE REGALOS Y AFINES (CAFIRA) (30-70970211-0)./ FERIAS ARGENTINAS S.A. CUIT 30-70771425-1./ AVIABUE CUIT 30-59117715-6./ FAEVYT CUIT 30-54442979-1. FUNDACIÓN EL LIBRO (CUIT: 30-60954008-3.

Buenos Aires, 05 de abril de 2023



Juan Luis Campos
Gerente General

Buenos Aires, 05 de abril de 2023



SR. TOMADOR Y/O ASEGURADO

EN TODOS LOS CASOS el tomador o asegurado debe denunciar ante la Compañía la ocurrencia de un siniestro dentro de las 72 horas de conocido (*).

Usted podrá obtener asesoramiento llamando a nuestro Centro de Atención Telefónica al número **0800-333-3244** durante las 24 horas, todos los días.

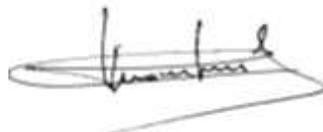
SINIESTROS DE ACCIDENTES PERSONALES

- 1 - Dé aviso a la autoridad competente (Policía, Bomberos, autoridad del lugar donde ocurrió el siniestro etc.)
- 2 - Proteja y/o preserve las evidencias del siniestro.
- 3 - Presente ante la Compañía la **Denuncia Administrativa** debidamente cumplimentada en todas sus partes dentro de las 72 horas de producido el accidente.
- 4 - Las copias de la documentación requerida, para los casos de muerte, deben presentarse certificadas.
- 5 - En los accidentes in-intinere (trayecto desde o hacia el trabajo), el asegurado deberá demostrar que el accidente ocurrió en ocasión del traslado desde o hacia el trabajo. Se requerirá como documentación adicional la ficha de asistencia y copia del legajo personal del accidentado.

USTED NO DEBE ASUMIR NI ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD POR EL ACCIDENTE NI HACER NINGÚN PAGO POR SU PROPIA CUENTA. LA COBERTURA BAJO SU PÓLIZA QUEDARÍA COMPROMETIDA.

PASOS A SEGUIR

1. Denuncia administrativa.
2. Certificados médicos de diagnóstico y tratamiento.
3. Comprobantes de gastos médicos y/o farmacéutico incurrido.
4. Certificado médico de alta definitiva.
5. Facturas originales para su reintegro.



Juan Luis Campos
Gerente General