

---

**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