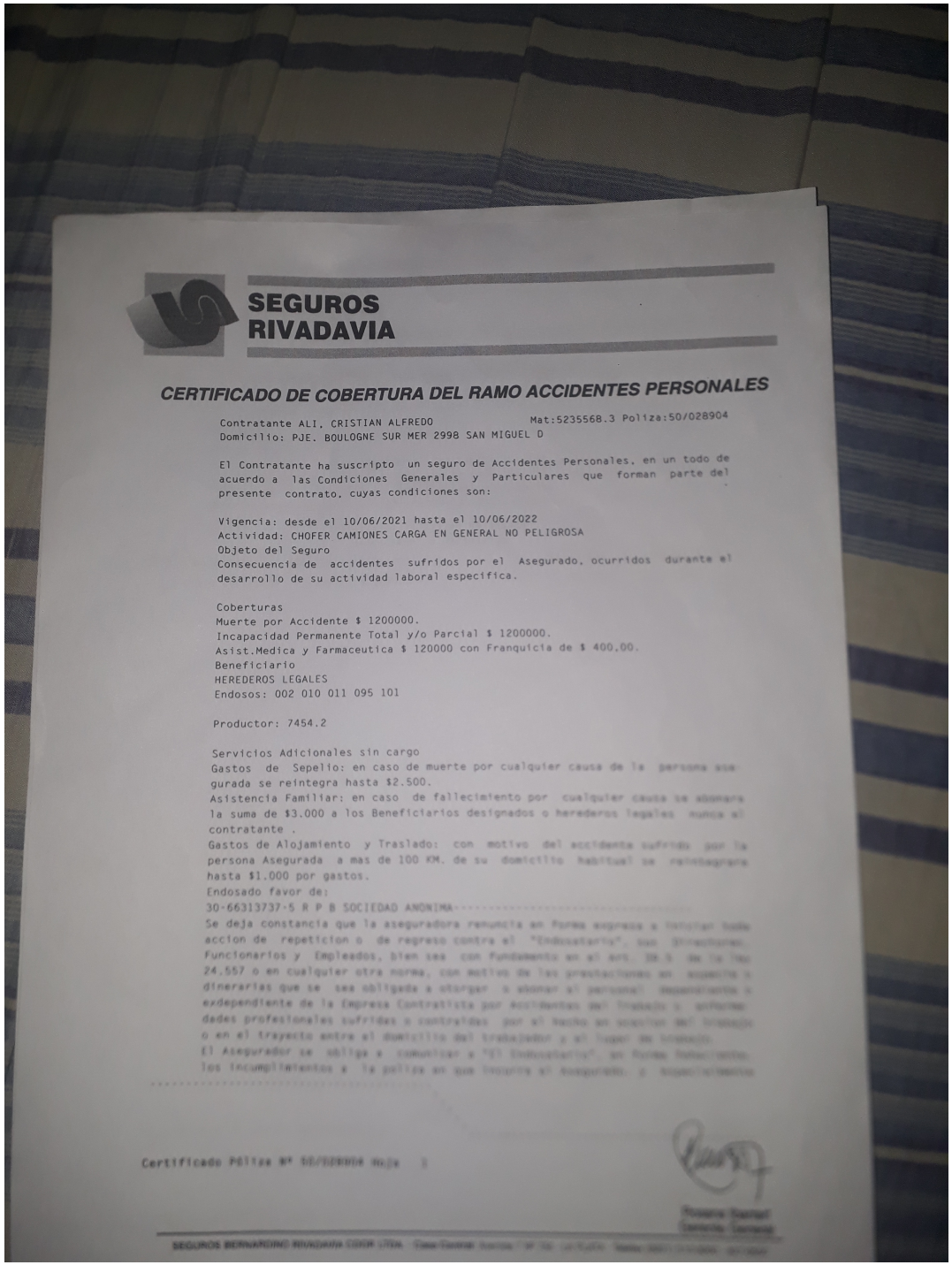


SEGUROS
RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Contratante ALI, CRISTIAN ALFREDO Mat:5235568.3 Poliza:50/028904
Domicilio: PJE. BOULOGNE SUR MER 2998 SAN MIGUEL D

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 10/06/2021 hasta el 10/06/2022
Actividad: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado, ocurridos durante el desarrollo de su actividad laboral especifica.

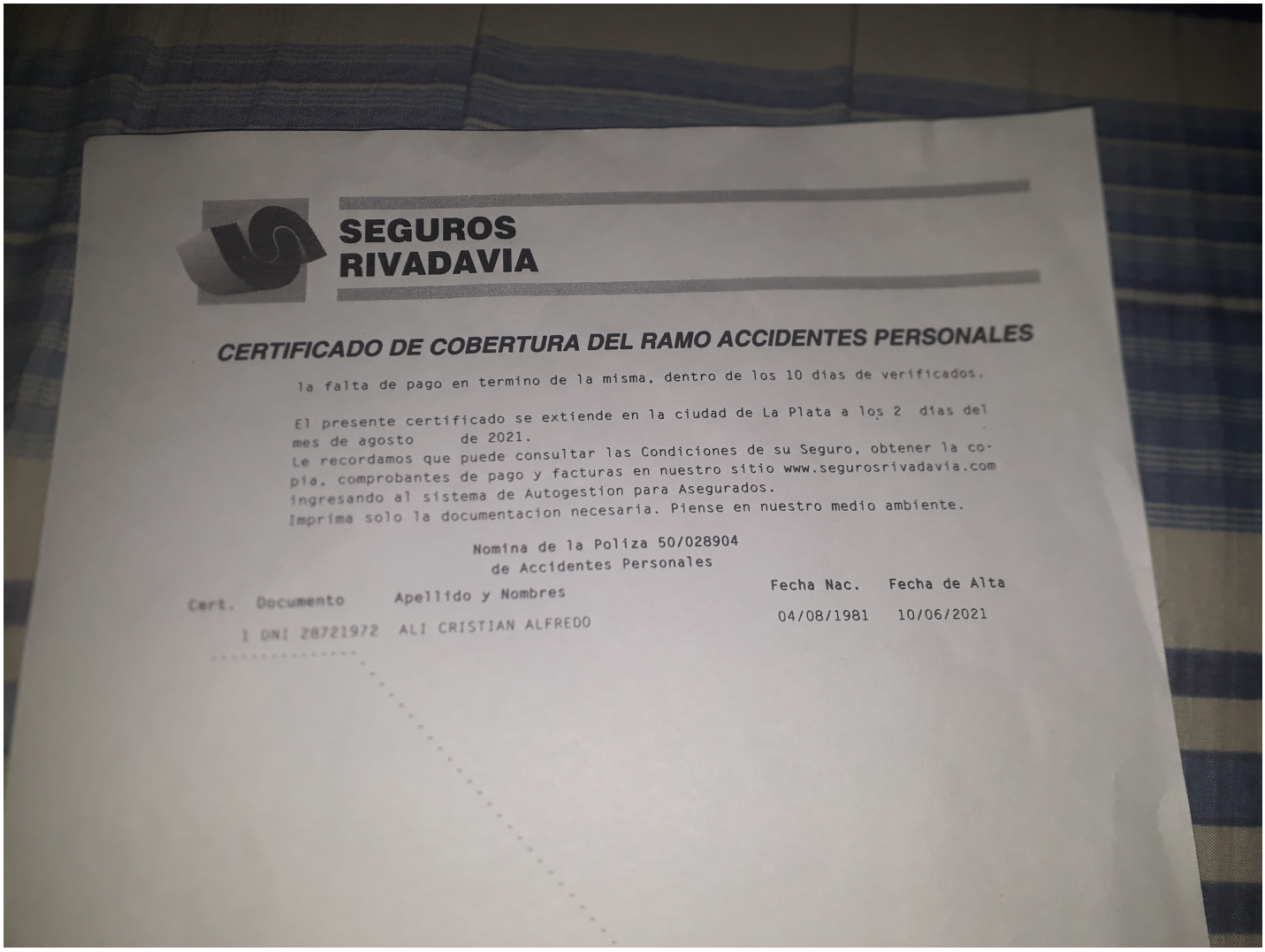
Coberturas
Muerte por Accidente $ 1200000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 1200000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 120000 con Franquicia de $ 400,00.
Beneficiario
HEREDEROS LEGALES
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 7454.2

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $2.500.
Asistencia Familiar: en caso de fallecimiento por cualquier causa se abonara la suma de $3.000 a los Beneficiarios designados o herederos legales nunca al contratante .
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 $1.000 por gastos.
Endosado favor de:
30-66313737-5 R P B SOCIEDAD ANONIMA----------
Se deja constancia que la aseguradora renuncia en forma expresa a ejercer toda accion de repeticion o de regreso contra el "Endosatario", sus Directores, Funcionarios y Empleados, bien sea con Fundamento en el art. 39 b 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 contraidas 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, a requerimiento

Certificado Póliza Nº 50/028904 Hoja 1

SEGUROS RIVADAVIA COOP. LTDA.



SEGUROS
RIVADAVIA

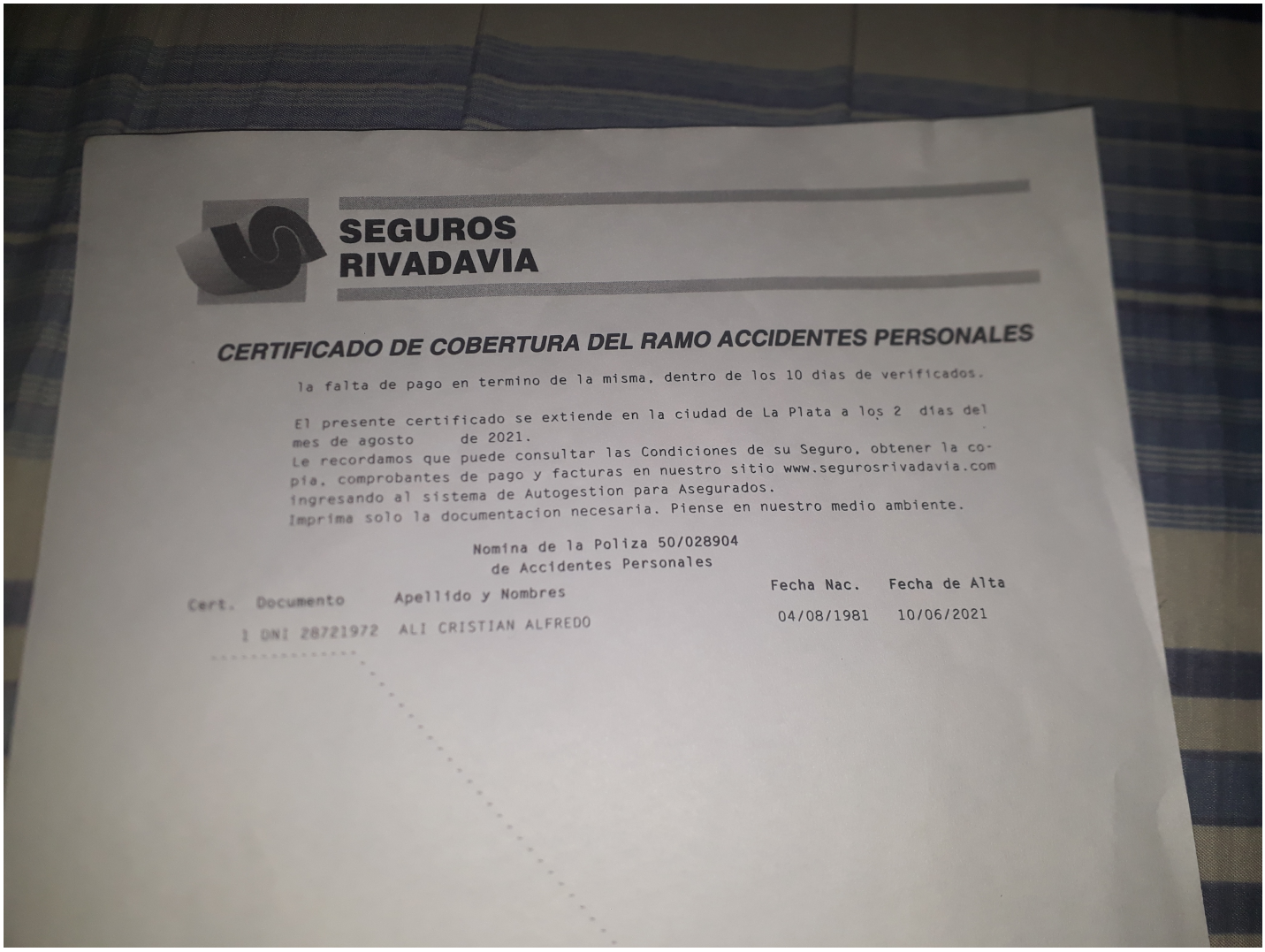
CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

la falta de pago en termino de la misma, dentro de los 10 dias de verificados.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 2 dias del mes de agosto de 2021.
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 50/028904
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 28721972	ALI CRISTIAN ALFREDO	04/08/1981	10/06/2021



SEGUROS
RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

la falta de pago en termino de la misma, dentro de los 10 dias de verificados.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 2 dias del mes de agosto de 2021.
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 50/028904
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 28721972	ALI CRISTIAN ALFREDO	04/08/1981	10/06/2021

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de: Seguros Rivadavia
Avenida 7 N755 - La Plata
N CUIT 30-50005031-0
0001 A28971 23/04/2022 14:55:52
POLIZA N 094-500-28904000-000-00 - Sucursal N 000
VENCIMIENTO 28/04/2022 A68BEE88
5II $$$$$$$$$$586.00

ESTE COMPROBANTE ES VALIDO, SOLO SI TODOS SUS DATOS SE CORRESPONDEN CON LOS DE LA FACTURA.

09422200058600280422006500289040000000000010

SEGUROS BERNARDINO RIVADAVIA COOP. LTDA.
Casa Central: Avenida 7 N°755 - B1900TFV - La Plata
Tel/Fax (0221) 513-3200 / 4270550

CUIT: 30-50005031-0 - IVA: Resp. Inscripto - ING. BRUTOS: Conv. Multilateral 902-667-166-1

	MATRÍCULA	OBJETO DEL SEGURO
	5235568.3	SEGUN DETALLE EN CONDICIONES PARTICULARES
00) TUCUMA		
	PÓLIZA	
	50/28904	
IVA	CUIT	
UMIDOR FINAL		

CUPÓN PARA ABONAR EN AGENCIAS DE PAGO

COBRO EXPRESS - PROVINCIA PAGOS - PAGO FÁCIL - RAPIPAGO - RIPSA

VENCIMIENTO	CUOTA	IMPORTE
		$ 586,00

09422200058600280422006500289040000000000010

Este talón por sí mismo no es válido como comprobante de pago, deberá disponer de ticket emitido por uno de los entes citados en este cupón. Conforme lo dispuesto en el artículo 31 Ley 17.418, y cláusula adicional de cobranza de la póliza, la falta de pago de la prima en término importará la suspensión automática de la cobertura hasta las 00 hs del día siguiente al efectivo pago.
COMPROBANTE NO APTO PARA COBRANZA EN EFECTIVO (RES. N° 40.541 SSN).

20220418



*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de: Seguros Rivadavia
Avenida 7 N755 - La Plata
N CUIT 30-50005031-0
0001 A28971 23/04/2022 14:55:52
POLIZA N 094-500-28904000-000-00 - Sucursal N 000
VENCIMIENTO 28/04/2022 A68BEE88
5II $$$$$$$$$586,00

ESTE COMPROBANTE ES VALIDO, SOLO SI TODOS SUS DATOS SE CORRESPONDEN CON LOS DE LA FACTURA.

09422200058600280422006500290400000
00000010

SEGUROS BE
Casa Central: A

CUIT: 30-50005031-0 - IVA: Resp. Inscripto - IN

MATRÍCULA
5235568.3

SEGUN DETALL

O) TUCUMA

PÓLIZA
50/28904

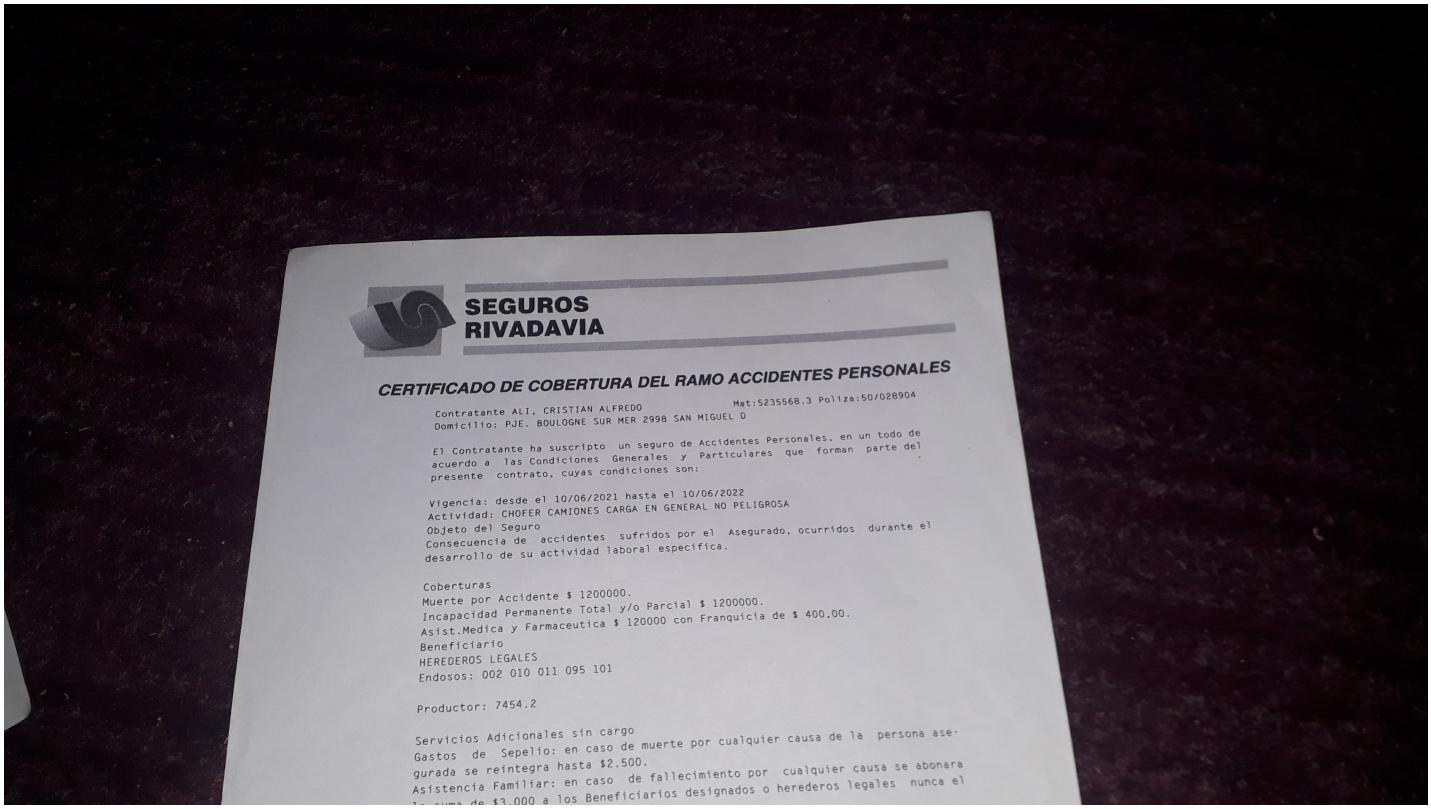
IVA
MIDOR FINAL

CUIT

CUPÓN PARA ABONAR EN AGENCIAS DE PAGO

COBRO EXPRES

VENCIMIENTO



SEGUROS
RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

Mat:5235568.3 Poliza:50/028904

Contratante ALI, CRISTIAN ALFREDO
Domicilio: PJE. BOULOGNE SUR MER 2998 SAN MIGUEL D

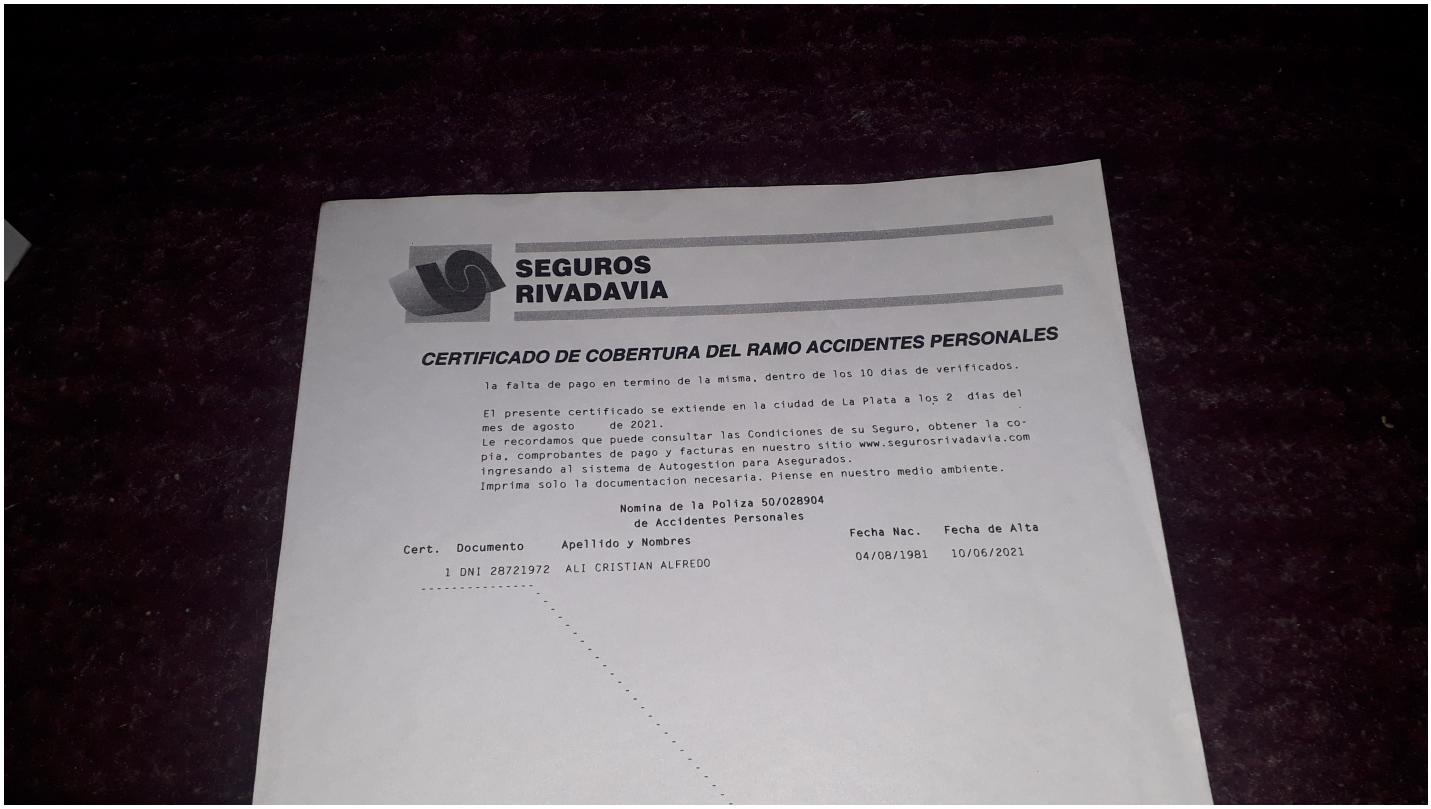
El Contratante ha suscripto un seguro de Accidentes Personales, en un todo de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares que forman parte del presente contrato, cuyas condiciones son:

Vigencia: desde el 10/06/2021 hasta el 10/06/2022
Actividad: CHOFER CAMIONES CARGA EN GENERAL NO PELIGROSA
Objeto del Seguro
Consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado, ocurridos durante el desarrollo de su actividad laboral especifica.

Coberturas
Muerte por Accidente $ 1200000.
Incapacidad Permanente Total y/o Parcial $ 1200000.
Asist.Medica y Farmaceutica $ 120000 con Franquicia de $ 400,00.
Beneficiario
HEREDEROS LEGALES
Endosos: 002 010 011 095 101

Productor: 7454.2

Servicios Adicionales sin cargo
Gastos de Sepelio: en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada se reintegra hasta $2.500.
Asistencia Familiar: en caso de fallecimiento por cualquier causa se abonara la suma de $3.000 a los Beneficiarios designados o herederos legales nunca el



SEGUROS
RIVADAVIA

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL RAMO ACCIDENTES PERSONALES

la falta de pago en termino de la misma, dentro de los 10 dias de verificados.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 2 dias del mes de agosto de 2021.

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 50/028904
de Accidentes Personales

Cert.	Documento	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Fecha de Alta
1	DNI 28721972	ALI CRISTIAN ALFREDO	04/08/1981	10/06/2021

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 5 de Octubre de 2022

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	458294	293254	Desde las 12:00 Hs. del 05/10/2022 Hasta las 12:00 Hs. del 23/08/2023

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : ALI CRISTIAN ALFREDO — Cod. Aseg.: 2489805
Domicilio : PJE. BOULOGNE SUR MER 2998
Localidad: 4000 SAN MIGUEL DE TUCUMAN — Provincia : TUCUMAN
DNI : 28721972 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 10355 CORDOBA CARLOS ALFREDO **MATRÍCULA N°SSN:** 57481 **CASILLERO:** BTM

MODO DE FACTURACIÓN: ANUAL

FRENTE DE PÓLIZA

EL ASEGURADOR RENUNCIA A LOS DERECHOS DE SUBROGACION ESTABLECIDOS EN EL ART.80 DE LA LEY DE SEGUROS NRO.17418 Y POR LO TANTO NO EJERCERA ACCION DE REPETICION CONTRA:

* R.P.B. SOCIEDAD ANONIMA CUIT 30-66313737-5

Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.

* *
* *
* *

MONEDA	PRIMA	REC.ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER.EMISION	SUB TOTAL
$	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

		I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0002489805	/ /

Las condiciones generales anexas y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza.

PÓLIZA RENOVADA

****

CASILLERO BTM

Entre PARANA S.A. DE SEGUROS, en adelante EL ASEGURADOR", y quien se designa con el nombre de "TOMADOR/ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las condiciones generales y particulares anexas en esta póliza que forman parte integrante de la misma.
Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (art.12 de la Ley de Seguros).
IMPORTANTE:
"La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al/los teléfono/s que figura/n en nuestra web www.paranaseguros.com.ar
Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.paranaseguros.com.ar
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo 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 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar."
Ud. podrá consultar las Condiciones Contractuales en www.paranaseguros.com.ar PARANA 24 ASEGURADOS.
El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.
ESTÁ PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA S.S.N. .

Aldo Gonzalez
Apoderado
"La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento de la Actividad Aseguradora".

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 5 de Octubre de 2022

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	458294	293254	Desde las 12:00 Hs. del 05/10/2022 Hasta las 12:00 Hs. del 23/08/2023

SUBROGRACION

CONFORME A LO PREVISTO EN LA CLAUSULA ADICIONAL NRO. 52 SE DESIGNA COMO BENEFICIARIO EN PRIMER TÉRMINO A:
R.P.B. SOCIEDAD ANONIMA CUIT Nº 30-66313737-5
R.P.B. SOCIEDAD ANONIMA CUIT Nº 30-66313737-5

DICHA DESIGNACIÓN SE ENCUENTRA CONDICIONADA A QUE EL ASEGURADO SOBRE EL CUAL RECAE EL RIESGO SE ENCUENTRE PRESTANDO SERVICIO PARA DICHA EMPRESA AL MOMENTO DE PRODUCIRSE EL HECHO Y HASTA LA SUMA POR LA QUE ESTA ULTIMA DEBA RESPONDER ANTE EL O SUS DERECHO HABIENTES PARA HACER FRENTE A SU RESPONSABILIDAD CIVIL.
SI EXISTIERA REMANENTE ANTE LA SUMA ASEGURADA Y EL VALOR DE LA RESPONSABILIDAD DETERMINADA, EL MISMO SERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO DESIGNADO POR EL ASEGURADO O SUS HEREDEROS LEGALES.

PARANA SEGUROS

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 23 de Agosto de 2022

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	458294	0	Desde las 12:00 Hs. del 23/08/2022 Hasta las 12:00 Hs. del 23/08/2023

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : ALI CRISTIAN ALFREDO — Cod. Aseg.: 2489805
Domicilio : PJE. BOULOGNE SUR MER 2998
Localidad: 4000 SAN MIGUEL DE TUCUMAN — Provincia : TUCUMAN
DNI : 28721972 — Condición de IVA: CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 10355 CORDOBA CARLOS ALFREDO **MATRÍCULA N°SSN:** 57481 **CASILLERO:** BTM

MODO DE FACTURACIÓN: ANUAL

FRENTE DE PÓLIZA

CANTIDAD TOTAL DE RIESGOS CUBIERTOS: 1 VIDA/S.

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

ALI CRISTIAN ALFREDO DNI 28721972 Fec.Nac: 04/08/1981
ACTIVIDAD : CHOFER/ACOMPAÑANTE DE CAMION NACIONAL (INCLUYE CARGA Y DESCARGA DE MERCADERIA)
BENEFICIARIOS: EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA.
AMBITO DE LA COBERTURA: TODO EL MUNDO DURANTE LAS 24 HS. DEL DIA.

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 1.200.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 1.200.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 120.000,00

FRANQUICIAS :
Franquicia Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 400,00 (Pesos Cuatrocientos) con relación a la Suma Asegurada.

LIMITE DE INDEMNIZACION POR ACONTECIMIENTO: $ 4.000.000.-
EN CASO QUE, LA SUMA DE LOS CAPITALES ASEGURADOS POR PERSONA SEA MENOR A $ 4.000.000.- SE TOMARA DICHA SUMA.

MONEDA	PRIMA	REC.ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER.EMISION	SUB TOTAL
$	5.140,03	0,00	411,20	0,00	5.551,23

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A. (*)	R.G. 3337	IVA RFI (*)	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
61,07	116,57	1.079,41	0,00	86,35	0,00	0,00	6.894,63

(*) Se indica al solo efecto informativo, no constituyendo crédito fiscal.

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0002489805	23/08/2022

Las condiciones generales anexas y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza. PÓLIZA RENOVADA

CGAP ANEXO.73 ANEXO.91 CLAUSULA13 71 AN01 97 303 CLAUSULA52**********

****

****

****

****

CASILLERO BTM

Entre PARANA S.A. DE SEGUROS, en adelante EL ASEGURADOR", y quien se designa con el nombre de "TOMADOR/ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las condiciones generales y particulares anexas en esta póliza que forman parte integrante de la misma.
Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (art.12 de la Ley de Seguros).
IMPORTANTE:"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. En caso de no haber resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721, (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10.30 a 17.30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.argentina.gob.ar/superintendencia-de-seguros. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora".
Ud. podrá consultar las Condiciones Contractuales en www.paranaseguros.com.ar PARANA 24 ASEGURADOS.
El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.
ESTÁ PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA S.S.N. .

Aldo Gonzalez
Apoderado

"La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento de la Actividad Aseguradora".