PARANA SEGUROS

CONSTANCIA DE COBERTURA

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 17 de Noviembre de 2021

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	395428	248925	Desde las 12:00 Hs. del 17/11/2021 Hasta las 12:00 Hs. del 13/10/2022

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : STUCHLIN, MAXIMILIANO ROBERTO — Cod. Aseg.: 2402878
Domicilio : SIN NOMBRE 110
Localidad: 9420 RIO GRANDE — Provincia : TIERRA DEL FUEGO
DNI : 32002772 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 11559 BASILE MARIANO **MATRÍCULA N°SSN:**78421 **CASILLERO:** 110

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

SUBROGRACION
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:
ELECTROFUEGUINA SA 30-61284315-1 INTERLIMA SA 30609422854
BRIGHTSTAR SA 30-70857479-8 IATEC SA 30-71077905-4
CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SRL 30-67064122.4
ASO MUTUAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESAS BGH SUR 30-65015788-1
BGH SA 30-50361289-1 MIRGOS SA CIFIA 30-57803607-7
AMX ARGENTINA SA 30-66328849-7
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.

CLAUSULAS / ANEXOS

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

FORMA DE PAGO: PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0002402878

PREMIO: $ 0,00

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 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 ó 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 PARANA24 ASEGURADOS

Nota: La presente constancia no implica la renuncia a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago del premio correspondiente de acuerdo a las respectivas condiciones generales de la póliza.



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".

ESTÁ PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA S.S.N. .

PARANA SEGUROS

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 13 de Octubre de 2021

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	395428	0	Desde las 12:00 Hs. del 13/10/2021 Hasta las 12:00 Hs. del 13/10/2022

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : STUCHLIN, MAXIMILIANO ROBERTO — Cod. Aseg.: 2402878
Domicilio : SIN NOMBRE 110
Localidad: 9420 RIO GRANDE — Provincia : TIERRA DEL FUEGO
DNI : 32002772 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 11559 BASILE MARIANO **MATRÍCULA N°SSN:** 78421 **CASILLERO:** 110

MODO DE FACTURACIÓN: ANUAL

FRENTE DE PÓLIZA

CANTIDAD TOTAL DE RIESGOS CUBIERTOS: 5 VIDA/S.

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

STUCHLIK, MAXIMILIANO ROBERTO DNI 32002772 Fec.Nac: 09/07/1990
ACTIVIDAD : INSTALADOR DE TELEFONIA / CABLE DE RED HASTA 8 METROS
BENEFICIARIOS: EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA.
AMBITO DE LA COBERTURA: REPUBLICA ARGENTINA, HORARIO LABORAL E IN ITINERE.

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 1.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 1.000.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 100.000,00

FRANQUICIAS :
Franquicia Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 300,00 (Pesos Trescientos) con relación a la Suma Asegurada.

LIVELLARA, PABLO DNI 34774651 Fec.Nac: 15/07/1989
ACTIVIDAD : INSTALADOR DE TELEFONIA / CABLE DE RED HASTA 8 METROS
BENEFICIARIOS: EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA.
AMBITO DE LA COBERTURA: REPUBLICA ARGENTINA, HORARIO LABORAL E IN ITINERE.

MONEDA	PRIMA	REC.ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER.EMISION	SUB TOTAL
$	11.086,38	0,00	886,91	0,00	11.973,29

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
131,71	11,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12.116,97

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0002402878	13/10/2021

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 110

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".

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 13 de Octubre de 2021

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	395428	0	Desde las 12:00 Hs. del 13/10/2021 Hasta las 12:00 Hs. del 13/10/2022

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 1.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 1.000.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 100.000,00

FRANQUICIAS :
Franquicia Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 300,00 (Pesos Trescientos) con relación a la Suma Asegurada.

ULLOA, OSCAR AMBROSIO DNI 17793573 Fec.Nac: 02/11/1965
ACTIVIDAD : INSTALADOR DE TELEFONIA / CABLE DE RED HASTA 8 METROS
BENEFICIARIOS: EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA.
AMBITO DE LA COBERTURA: REPUBLICA ARGENTINA, HORARIO LABORAL E IN ITINERE.

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 1.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 1.000.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 100.000,00

FRANQUICIAS :
Franquicia Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 300,00 (Pesos Trescientos) con relación a la Suma Asegurada.

CORDOBA, MAXIMILIANO OSCAR DNI 32683232 Fec.Nac: 03/10/1996
ACTIVIDAD : INSTALADOR DE TELEFONIA / CABLE DE RED HASTA 8 METROS
BENEFICIARIOS: EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA.
AMBITO DE LA COBERTURA: REPUBLICA ARGENTINA, HORARIO LABORAL E IN ITINERE.

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 1.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 1.000.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 100.000,00

FRANQUICIAS :
Franquicia Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 300,00 (Pesos Trescientos) con relación a la Suma Asegurada.

VELAZQUEZ, JORGE SEBASTIAN DNI 36733257 Fec.Nac: 01/01/1990
ACTIVIDAD : INSTALADOR DE TELEFONIA / CABLE DE RED HASTA 8 METROS
BENEFICIARIOS: EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA.
AMBITO DE LA COBERTURA: REPUBLICA ARGENTINA, HORARIO LABORAL E IN ITINERE.

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 1.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 1.000.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 100.000,00

FRANQUICIAS :
Franquicia Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 300,00 (Pesos Trescientos) 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.

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	13/10/2021	12.116,97

* *
* *
* *

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 13 de Octubre de 2021

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	395428	0	Desde las 12:00 Hs. del 13/10/2021 Hasta las 12:00 Hs. del 13/10/2022

SUBROGRACION

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:
ELECTROFUEGUINA SA 30-61284315-1 INTERLIMA SA 30609422854
BRIGHTSTAR SA 30-70857479-8 IATEC SA 30-71077905-4
CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SRL 30-67064122.4
ASO MUTUAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESAS BGH SUR 30-65015788-1
BGH SA 30-50361289-1 MIRGOS SA CIFIA 30-57803607-7
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000001

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
STUCHLIN, MAXIMILIANO ROBERTO	00395428	00000000	13/10/2021	13/10/2022

Dirección: SIN NOMBRE 110
9420 - RIO GRANDE, TIERRA DEL FUEGO

CUIT
20320027722

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
STUCHLIK, MAXIMILIANO ROBERTO	09/07/1990	DNI 32002772

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 13/10/2021 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: 02 - LABORAL + IN ITINERE CON 10% DE ASISTENCIA

Detalle de las Coberturas	Suma Asegurada Asegurado Titular	Edad Mínima de ingreso	Edad Máxima de ingreso	Edad Máxima de permanencia
MUERTE ACCIDENTAL	$ 1.000.000,00	0	0	0
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM.	$ 1.000.000,00	0	0	0
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA	$ 100.000,00	0	0	0

Beneficiarios

EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA

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:
ELECTROFUEGUINA SA 30-61284315-1 INTERLIMA SA 30609422854
BRIGHTSTAR SA 30-70857479-8 IATEC SA 30-71077905-4
CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SRL 30-67064122.4
ASO MUTUAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESAS BGH SUR 30-65015788-1
BGH SA 30-50361289-1 MIRGOS SA CIFIA 30-57803607-7
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.
Emitido en , 13 de Octubre de 2021



La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000002

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
STUCHLIN, MAXIMILIANO ROBERTO	00395428	00000000	13/10/2021	13/10/2022

Dirección: SIN NOMBRE 110
9420 - RIO GRANDE, TIERRA DEL FUEGO

CUIT
20320027722

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
LIVELLARA, PABLO	15/07/1989	DNI 34774651

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 13/10/2021 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: 02 - LABORAL + IN ITINERE CON 10% DE ASISTENCIA

Detalle de las Coberturas	Suma Asegurada Asegurado Titular	Edad Mínima de ingreso	Edad Máxima de ingreso	Edad Máxima de permanencia
MUERTE ACCIDENTAL	$ 1.000.000,00	0	0	0
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM.	$ 1.000.000,00	0	0	0
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA	$ 100.000,00	0	0	0

Beneficiarios

EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA

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:
ELECTROFUEGUINA SA 30-61284315-1 INTERLIMA SA 30609422854
BRIGHTSTAR SA 30-70857479-8 IATEC SA 30-71077905-4
CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SRL 30-67064122.4
ASO MUTUAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESAS BGH SUR 30-65015788-1
BGH SA 30-50361289-1 MIRGOS SA CIFIA 30-57803607-7
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.
Emitido en , 13 de Octubre de 2021



La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000003

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
STUCHLIN, MAXIMILIANO ROBERTO	00395428	00000000	13/10/2021	13/10/2022

Dirección: SIN NOMBRE 110
9420 - RIO GRANDE, TIERRA DEL FUEGO

CUIT
20320027722

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
ULLOA, OSCAR AMBROSIO	02/11/1965	DNI 17793573

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 13/10/2021 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: 02 - LABORAL + IN ITINERE CON 10% DE ASISTENCIA

Detalle de las Coberturas	Suma Asegurada Asegurado Titular	Edad Mínima de ingreso	Edad Máxima de ingreso	Edad Máxima de permanencia
MUERTE ACCIDENTAL	$ 1.000.000,00	0	0	0
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM.	$ 1.000.000,00	0	0	0
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA	$ 100.000,00	0	0	0

Beneficiarios

EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA

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:
ELECTROFUEGUINA SA 30-61284315-1 INTERLIMA SA 30609422854
BRIGHTSTAR SA 30-70857479-8 IATEC SA 30-71077905-4
CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SRL 30-67064122.4
ASO MUTUAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESAS BGH SUR 30-65015788-1
BGH SA 30-50361289-1 MIRGOS SA CIFIA 30-57803607-7
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.
Emitido en , 13 de Octubre de 2021



La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000004

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
STUCHLIN, MAXIMILIANO ROBERTO	00395428	00000000	13/10/2021	13/10/2022

Dirección: SIN NOMBRE 110
9420 - RIO GRANDE, TIERRA DEL FUEGO

CUIT
20320027722

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
CORDOBA, MAXIMILIANO OSCAR	03/10/1996	DNI 32683232

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 13/10/2021 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: 02 - LABORAL + IN ITINERE CON 10% DE ASISTENCIA

Detalle de las Coberturas	Suma Asegurada Asegurado Titular	Edad Mínima de ingreso	Edad Máxima de ingreso	Edad Máxima de permanencia
MUERTE ACCIDENTAL	$ 1.000.000,00	0	0	0
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM.	$ 1.000.000,00	0	0	0
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA	$ 100.000,00	0	0	0

Beneficiarios

EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA

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:
ELECTROFUEGUINA SA 30-61284315-1 INTERLIMA SA 30609422854
BRIGHTSTAR SA 30-70857479-8 IATEC SA 30-71077905-4
CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SRL 30-67064122.4
ASO MUTUAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESAS BGH SUR 30-65015788-1
BGH SA 30-50361289-1 MIRGOS SA CIFIA 30-57803607-7
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.
Emitido en , 13 de Octubre de 2021



La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000005

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
STUCHLIN, MAXIMILIANO ROBERTO	00395428	00000000	13/10/2021	13/10/2022

Dirección: SIN NOMBRE 110
9420 - RIO GRANDE, TIERRA DEL FUEGO

CUIT
20320027722

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
VELAZQUEZ, JORGE SEBASTIAN	01/01/1990	DNI 36733257

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 13/10/2021 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: 02 - LABORAL + IN ITINERE CON 10% DE ASISTENCIA

Detalle de las Coberturas	Suma Asegurada Asegurado Titular	Edad Mínima de ingreso	Edad Máxima de ingreso	Edad Máxima de permanencia
MUERTE ACCIDENTAL	$ 1.000.000,00	0	0	0
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM.	$ 1.000.000,00	0	0	0
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA	$ 100.000,00	0	0	0

Beneficiarios

EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA

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:
ELECTROFUEGUINA SA 30-61284315-1 INTERLIMA SA 30609422854
BRIGHTSTAR SA 30-70857479-8 IATEC SA 30-71077905-4
CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SRL 30-67064122.4
ASO MUTUAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESAS BGH SUR 30-65015788-1
BGH SA 30-50361289-1 MIRGOS SA CIFIA 30-57803607-7
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.
Emitido en , 13 de Octubre de 2021



La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

mercado pago

Comprobante de pago
#17512790265

Pagaste a

PARANA SEGUROS

Total pagado

$ 12.116,97

Detalle de operación

Valor de la factura	$ 12.116,97
Total pagado	$ 12.116,97

Código de barras
09433001211697213090120039542800000000104

Número de transacción
5695455056473

Pagador final	Pago en
STUCHLIK	13/10/2021 09:12:46

Medio de pago
Visa Débito terminada en 7004

La acreditación puede tardar hasta 48 horas, siempre se respeta la fecha en que pagaste el servicio. Para más información ingresá en https://www.mercadopago.com.ar/ayuda/pago-de-servicios_4874 y consultá las preguntas frecuentes.

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL *** Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As. Comprobante de pago de: Parana Seguros Maipu 215 - (C1084ABE) Bs. As. N CUIT 30-50005710-2 4142 L26001 13/10/2021 09:12:49 POLIZA N 330-012-00395428-000000-01 Sucursal N 000 10421604 458 $$$$$$$$12116,97 ESTE COMPROBANTE ES VALIDO, SOLO SI TODOS SUS DATOS SE CORRESPONDEN CON LOS DE LA FACTURA. 09433001211697213090120039542 8

Con el apoyo de PAGO FÁCIL