PARANA SEGUROS



Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 5 de Octubre de 2023

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 532321 | 0 | Desde las 12:00 Hs. del 05/10/2023<br>Hasta las 12:00 Hs. del 05/10/2024 |

**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:
RPB S.A. CUIT 30663137375
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.

PARANA SEGUROS

## ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000001

**Datos del Tomador**

Contratado por: ARRECEYGOR ALFREDO DARIO

| Póliza N° | Endoso N° | Inicio Vigencia Póliza | Fin Vigencia Póliza |
|---|---|---|---|
| 00532321 | 00000000 | 05/10/2023 | 05/10/2024 |

Dirección: CHUBUT 1380
5600 - SAN RAFAEL, MENDOZA

CUIT 20204529419

**Datos Personales del Asegurado**

ARRECEYGOR ALFREDO DARIO — Fecha Nacimiento 02/10/1968 — Tipo y N° de Documento DNI 20452941

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 05/10/2023 hasta su cancelación.

**Tipo de Póliza:** 05 - 24 HS 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 | $ 5.000.000,00 | 0 | 0 | 0 |
| INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM. | $ 5.000.000,00 | 0 | 0 | 0 |
| ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA | $ 500.000,00 | 0 | 0 | 0 |

**Beneficiarios**

| Apellido y Nombre | Documento | Relación/Parentesco | % del Beneficio |
|---|---|---|---|
| RPB S.A. | CUIT 30663137375 | SOCIO | 100,00 |

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:
RPB S.A. CUIT 30663137375
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.

PARANA SEGUROS



Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 5 de Octubre de 2023

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 532321 | 0 | Desde las 12:00 Hs. del 05/10/2023 Hasta las 12:00 Hs. del 05/10/2024 |

**Datos del Tomador/Asegurado**

Nombre y Apellido / Razón Social : ARRECEYGOR ALFREDO DARIO — Cod. Aseg.: 1884178
Domicilio : CHUBUT 1380
Localidad: 5600 SAN RAFAEL — Provincia : MENDOZA
CUIT : 20204529419 — Condición de IVA : IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**PRODUCTOR:** 8750 CORIA CESAR ARIEL — **MATRÍCULA N°SSN:** 75001 — **CASILLERO:** BMZ

**MODO DE FACTURACIÓN:** ANUAL

**FRENTE DE PÓLIZA**

CANTIDAD TOTAL DE RIESGOS CUBIERTOS: 1 VIDA/S.

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

ARRECEYGOR ALFREDO DARIO DNI 20452941 Fec.Nac: 02/10/1968
ACTIVIDAD : CHOFER/ACOMPAÑANTE DE CAMION NACIONAL (INCLUYE CARGA Y DESCARGA DE MERCADERIA)
BENEFICIARIOS:
RPB S.A. CUIT 30663137375 100,00%
AMBITO DE LA COBERTURA: TODO EL MUNDO DURANTE LAS 24 HS. DEL DIA.

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 5.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 5.000.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 500.000,00

FRANQUICIAS :
Franquicia Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 1.500,00 (Pesos Mil Quinientos) con relacion a la Suma Asegurada.

LIMITE DE INDEMNIZACION POR ACONTECIMIENTO: $ 24.000.000.-
EN CASO QUE, LA SUMA DE LOS CAPITALES ASEGURADOS POR PERSONA SEA MENOR A $ 24.000.000.- SE TOMARA DICHA SUMA.

| MONEDA | PRIMA | REC.ADMINISTR. | REC. FINANCIERO | DER.EMISION | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| $ | 21.280,13 | 0,00 | 1.702,41 | 0,00 | 22.982,54 |

| T.SUP. + S.S. | INT. + SELL. | I.V.A. | R.G. 3337 | IVA RFI (*) | I.BRUTOS | Ley 26363 | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 252,81 | 367,72 | 4.468,82 | 0,00 | 357,51 | 0,00 | 0,00 | 28.429,40 |

**FORMA DE PAGO**

PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0001884178

**VENCIMIENTO 1° CUOTA**

05/10/2023

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 BMZ

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