Beneficio
Personas SEGURAS

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 27 de Febrero de 2024

CUIP: 05552010010000000000000000000070514500000000000992025837687 55-10000101809200000999990000052

Entre "Beneficio S.A. Compañía de Seguros", en adelante "El Asegurador" y quien se designa con el nombre de "Asegurado y/o Tomador", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, el que queda sujeto a las Condiciones Generales Particulares y/o Especiales (1) y Anexos (2) adjuntos y que forman parte integrante del mismo.

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	705145	0	Desde las 00:00 Hs. del 09/03/2024 Hasta las 00:00 Hs. del 09/07/2024

ASEGURADO: LAPLACETTE JUAN HORACIO — Cod. Aseg.: 123244
Domicilio : CORRIENTES 87 — Tel.: 3446596995
Localidad: (2820) GUALEGUAYCHU — CUIL/CUIT : 20259376875
Provincia : ENTRE RIOS — Condición de IVA de la Operación : IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

PRODUCTOR: 48185 BELTZER ANTONELLA — **MATRÍCULA N°SSN** 101609

MODO DE FACTURACIÓN: CUATRIMESTRAL — **OPERACIÓN:** RENOVACION

FRENTE DE PÓLIZA

PERIODO DE FACTURACION DESDE: 9 de Marzo de 2024
PERIODO DE FACTURACION HASTA: 9 de Julio de 2024

RAMA: 10 - 10 - ACCIDENTES PERSONALES

TIPO DE POLIZA: AP COTIZADOR LAB + I - SIN MOTO

PRODUCTO: AP COTIZADOR PRESTACIONAL

CANTIDAD TOTAL DE VIDAS: 1

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:
EDAD MINIMA DE INGRESO: 18 AÑOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO: 66 AÑOS
EDAD LIMITE DE PERMANENCIA: 75 AÑOS
LAS CLAUSULAS ADICIONALES CADUCARAN AL CUMPLIR, EL ASEGURADO, LOS 65 AÑOS DE EDAD

MONEDA	PRIMA		REC. FINANCIERO		SUB TOTAL
$	8.009,31		0,00		8.009,31

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
88,11	97,79	1.681,96	0,00	0,00	0,00	0,00	9.877,17

FORMA DE PAGO	CÓD. PAGOS LINK/BANELCO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
DEBITO AUTOMATICO : C.B.U.	20259376875	11/03/2024

Las condiciones generales anexas y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza. PÓLIZA RENOVADA 687529 0

CGC.-AP CLA-INT CLACP CLA-BEN-TO CGE-SC CGE-A-LTI COB-MUERTE COB-IP-TYP CB-SVMED-P COB-RENI-D**********
****
****
****
****

Alfredo Del Greco
Director
p/ Beneficio S.A.
Compañía de Seguros

"Si Usted ha recibido electrónicamente la presente documentación, podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original".

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.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.beneficio.com.ar.
En caso de que el reclamo 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, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.
Para consultas o reclamos, comunicarse con Beneficio S.A. Compañía de Seguros al (011)5236-4300.
Podrá solicitar el Certificado Individual, completando el formulario "Solicite su Certificado Individual", en la página web https://www.beneficioweb.com.ar/certificado-individual-de-cobertura/
De acuerdo a lo establecido por la Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación y la Resolución 27627 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, se advierte lo siguiente:
Los únicos sistemas habilitados para pagar los premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N°21526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N°25065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.8 del Reglamenteo General de la Actividad Aseguradora.
El asegurado o tomador podrá solicitar en cualquier otro momento a la aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.
El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley N° 25326, tiene la atribución de atender las

ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR RESOLUCION Nº RESOL-2019-126-APN-SSN#MHA DEL 7/02/2019

Escaneado con CamScanner

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 27 de Febrero de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	705145	0	Desde las 00:00 Hs. del 09/03/2024 Hasta las 00:00 Hs. del 09/07/2024

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

EL CUMULO POR EVENTO SERA DE 3 VIDAS SI EL TOTAL DE ASEGURADOS ES MENOR A 25 CAPITAS. EN CASO QUE PRESENTE POLIZA CUBRA DE 26 A 100 CAPITAL, EL CUMULO POR EVENTO SERA DE 5 VIDAS. PARA GRUPOS DE MAS DE 100 CAPITAS EL CUMULO POR EVENTO SERA DE 10 VIDAS

POSIBLE CONTAGIO HEPATITIS B - HIV
SE DEJA CONSTANCIA QUE SE CUBRAN LOS GASTOS DE TRATAMIENTO POR POSIBLE CONTAGIO DE HEPATITIS B, Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (HIV), POR HERIDAS ACCIDENTALES OCASIÓNADAS EN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL, CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES, HASTA LA SUMA DE $ 100.000, SIEMPRE QUE EL ACCIDENTE OCURRA CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.

LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR COMIENZA EN EL DÍA Y HORA QUE SE INDICA COMO COMIENZO DE VIGENCIA EN EL FRENTE POLIZA Y FINALIZA A LAS 0 HORAS DEL ÚLTIMO DÍA DEL PLAZO INDICADO, SALVO PACTO EN CONTRARIO.

LA PRESENTE POLIZA SOLO CUBRE AL ASEGURADO DURANTE EL DESEMPEÑO DE SUS TAREAS LABORALES INCLUSO EL TRASLADO IN-ITINERE

CONDICIÓN DE PÓLIZA QUE EL ASEGURADO CUMPLA CON TODAS LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE INHERENTES A LA ACTIVIDAD DECLARADA Y CON TODAS LEYES DE TRÁNSITO EN EL TRAYECTO IN ITINERE.

CLAUSULA DE NO REPETICION:
CEMENTOS AVELLANEDA 30-52604779-2
RPB S.A 30-663113737-5
LOMA NEGRA 30-50053085-1

ESTA ASEGURADORA RENUNCIA EN FORMA EXPRESA A INICIAR TODA ACCIÓN DE REPETICIÓN O DE REGRESO CONTRA LAS ENTIDADES DETALLADAS PRECEDENTEMENTE, SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS, EN CUALQUIER FORMA JURÍDICA, CON MOTIVO DE LAS PRESTACIONES DINERARIAS QUE SE VEA OBLIGADA A ABONAR POR EL SINIESTRO ACAECIDO BAJO LA PÓLIZA EN CUESTIÓN. -

BENEFICIARIO EN PRIMER TERMINO:
RPB S.A 30-663113737-5

CEMENTOS AVELLANEDA 30-52604779-2

LOMA NEGRA 30-50053085-1

DEBITO AUTOMATICO : C.B.U.
* *
* *
* *

Escaneado con CamScanner

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 27 de Febrero de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	705145	0	Desde las 00:00 Hs. del 09/03/2024 Hasta las 00:00 Hs. del 09/07/2024

Detalle de Coberturas	Capital Asegurado
MUERTE ACCIDENTAL	$ 6.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERM. POR AC	$ 6.000.000,00
AMF MEDICAR SIN LIMITE (PROTESIS 70.000)	$ 10.000.000,00
SEPELIO POR ACCID REINTEGRO O PRESTACION	$ 858.000,00
RENTA POR INTERNACION POR ACC (DIARIA)	$ 2.000,00

Escaneado con CamScanner

Beneficio
Personas SEGURAS

FACTURA

Copia de póliza original 08/03/2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	705145	0	Desde las 00:00 Hs. del 09/03/2024 Hasta las 00:00 Hs. del 09/07/2024

Datos del Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : LAPLACETTE JUAN HORACIO
Domicilio : CORRIENTES 87
Localidad : GUALEGUAYCHU — Provincia : ENTRE RIOS
CUIL/CUIT: 20259376875 — Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

FACTURA

Condición de IVA de la Operación: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

CIUDAD DE BUENOS AIRES, 27/02/2024

PRIMA	: $	8.009,31			
REC.FINANCIERO	: $	0,00			
IVA TASA	:	1.681,96	RG 3337 :	0,00	IVA RFI : 0,00
IMPUESTOS + TASAS	: $	88,11			
SELLADOS	: $	97,79			
PERC.ING.BRUTOS	: $	0,00			
PREMIO	: $	9.877,17			

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE	OBSERVACIONES
1	11/03/2024	2.469,30	. . . . .
2	11/04/2024	2.469,29	. . . . .
3	11/05/2024	2.469,29	. . . . .
4	11/06/2024	2.469,29	. . . . .

Comprobante exento del cumplimiento de las formalidades del régimen de facturación y registración (Resolución General AFIP Nº 1415/03 - Anexo I)

DEBITO AUTOMATICO : C.B.U.

RIESGO : AP COTIZADOR LAB + I - SIN MOTO

Contrariamente a lo indicado, el inicio de vigencia de la póliza, queda sujeto a las condiciones de la Resolución Nº 21.600 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Importante: En la fecha de vencimiento para el pago arriba indicado se deberá abonar el total del premio o la cuota inicial del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalla en esta factura y/o "Cláusula de Cobranza del Premio". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos.

Escaneado con CamScanner

Beneficio
Personas SEGURAS

CIUDAD DE BUENOS AIRES, 8 de Marzo 2024

CERTIFICADO DE PAGO

Por la presente certificamos que la póliza de 10 - ACCIDENTES PERSONALES Número 10-00705145, certificado Número 0, que el Tomador LAPLACETTE JUAN HORACIO ha contratado en esta compañía con vigencia del 09/03/2024 al 09/07/2024, se encuenta a la fecha con sus pagos al día y en plena vigencia.

Se extiende el presente certificado a pedido del asegurado para ser presentado ante quien corresponda.

Importante: La emisión del presente certificado no implica renunciar a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por condición de póliza.

Alfredo Del Greco
Director
p/ Beneficio S.A.
Compañía de Seguros

Escaneado con CamScanner