PAGO DE SEGURO DE ACCIDENTE PERSONALES MES 03-2024

PARANA SEGUROS

CDAD DE BUENOS AIRES
TEL/FAX /
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30530

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

Cod. Pago electrónico	0002606984	Vencimiento
Asegurado	LOBO RICARDO HUMBERTO	03/03/202
Domicilio	VILLA MARIANO MORENO 1	
4000	SAN MIGUEL DE TUCUMAN	TUCUMAN

Productor 9100 MONTENEGRO ANA MARIA

Próximo Vencimiento: 03/04/2024

Rama	Póliza	Endoso	Imp. Cuota	Patent
12	00537589	00000000	$ 3.139,00	

Recibo: / Recibo:

Cuota Número: 05 de 10

El: ☐ CH: ☐ Boo.: _____ Nro.: _____

El pago efectuado en esta fecha no rehabilitará la cobertura suspendida, sino a partir de las 0 (cero) horas del día posterior al pago. Previa inspección en un centro autorizado por la Compañía. Las entidades aseguradoras sólo podrán considerar cumplida la obligación de pago de premio de los contratos de seguros cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas habilitados (Medios Electrónicos, Ltd, Bancarias, etc.)

Fecha cobro: _____ Hora: _____

COPIA PARA LA COMPAÑIA

EXCLUSIVO PARA EL ENTE RECAUDADOR

09433000313900240800120053758900000009509

RAPIPAGO DEBITO

Puesto: DOB773

Fecha: 04/03/2024 Hora: 08:35:55

Empresa: 1941 PARANA SEGUROS

Importe: $3.139,00 PESOS

CLIENTE: 0120053758900000005

Nro.Op:0087731709552241142

Cod.Seg:C72A0C808C

PAGA TUS FACTURAS CON TARJETA DE DEBITO.
RETIRA EFECTIVO CON TU TARJETA DE DEBITO

WWW.RAPIPAGO.COM.AR

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 03/01/2024

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 3 de Enero de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	537589	356090	Desde las 12:00 Hs. del 03/01/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 03/11/2024

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : LOBO RICARDO HUMBERTO — Cod. Aseg.: 2606984
Domicilio : VILLA MARIANO MORENO 1
Localidad: 4000 SAN MIGUEL DE TUCUMAN — Provincia : TUCUMAN
DNI : 11762098 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 9100 MONTENEGRO ANA MARIA **MATRÍCULA N°SSN:** 67534 **CASILLERO:** BTM

MODO DE FACTURACIÓN: ANUAL

FRENTE DE PÓLIZA

* *
* *
* *

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: 0002606984	/ /

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.
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".

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 03/01/2024

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 3 de Enero de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	537589	356090	Desde las 12:00 Hs. del 03/01/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 03/11/2024

BENEFICIARIO EN PRIMER TERMINO

CONFORME A LO PREVISTO EN LA CLAUSULA ADICIONAL NRO. 52 SE DESIGNA COMO BENEFICIARIO EN PRIMER TÉRMINO A:
RPB SA -CUIT 30663137375

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.

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 11/03/2024

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 3 de Noviembre de 2023

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	537589	0	Desde las 12:00 Hs. del 03/11/2023 Hasta las 12:00 Hs. del 03/11/2024

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : LOBO RICARDO HUMBERTO — Cod. Aseg.: 2606984
Domicilio : VILLA MARIANO MORENO 1
Localidad: 4000 SAN MIGUEL DE TUCUMAN — Provincia : TUCUMAN
DNI : 11762098 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 9100 MONTENEGRO ANA MARIA **MATRÍCULA N°SSN:** 67534 **CASILLERO:** BTM

MODO DE FACTURACIÓN: ANUAL

FRENTE DE PÓLIZA

CANTIDAD TOTAL DE RIESGOS CUBIERTOS: 1 VIDA/S.

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

LOBO RICARDO HUMBERTO DNI 11762098 Fec.Nac: 04/12/1954
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: REPUBLICA ARGENTINA, HORARIO LABORAL E IN ITINERE.

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 5.500.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 5.500.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 550.000,00

FRANQUICIAS :
Franquicia Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 1.500,00 (Pesos Mil Quinientos) con relación 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
$	23.403,82	0,00	1.872,31	0,00	25.276,13

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A. (*)	R.G. 3337	IVA RFI (*)	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
278,04	530,80	4.914,80	0,00	393,19	0,00	0,00	31.392,96

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

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0002606984	03/11/2023

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 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.

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. .

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 11/03/2024

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 3 de Noviembre de 2023

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	537589	0	Desde las 12:00 Hs. del 03/11/2023 Hasta las 12:00 Hs. del 03/11/2024

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	03/11/2023	3.141,96
2	03/12/2023	3.139,00
3	03/01/2024	3.139,00
4	03/02/2024	3.139,00
5	03/03/2024	3.139,00
6	03/04/2024	3.139,00
7	03/05/2024	3.139,00
8	03/06/2024	3.139,00
9	03/07/2024	3.139,00
10	03/08/2024	3.139,00

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 11/03/2024

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 3 de Noviembre de 2023

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	537589	0	Desde las 12:00 Hs. del 03/11/2023 Hasta las 12:00 Hs. del 03/11/2024

BENEFICIARIO EN PRIMER TERMINO

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 SA -CUIT 30663137375
RPB SA - CUIT 30663137375
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
LOBO RICARDO HUMBERTO	00537589	00000000	03/11/2023	03/11/2024

Dirección: VILLA MARIANO MORENO 1
4000 - SAN MIGUEL DE TUCUMAN, TUCUMAN

CUIT
20117620981

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
LOBO RICARDO HUMBERTO	04/12/1954	DNI 11762098

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 03/11/2023 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	$ 5.500.000,00	0	0	0
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM.	$ 5.500.000,00	0	0	0
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA	$ 550.000,00	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:
RPB SA -CUIT 30663137375
RPB SA - CUIT 30663137375
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.
Emitido en , 11 de Marzo de 2024

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".

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