ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000001

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza N°	Endoso N°	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
SOLIS DEMARIA FEDERICO	00556769	00000000	26/02/2024	26/08/2024

Dirección: FCA SOLIS S/N 1
5569 - SAN CARLOS, MENDOZA

CUIT
20376149979

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y N° de Documento
SOLIS DEMARIA FEDERICO	27/05/1994	DNI 37614997

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 26/02/2024 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: 01 - AP CON ASISTENCIA MEDICA VARIABLE

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.
Emitido en , 26 de Febrero de 2024

Presidencia de la Nación
Ministerio de Transporte

RTO

AUTENTICACION ELECTRONICA / AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA: 4jxMROnS4

Serie U

CERTIFICADO Nº 0205880

CERTIFICADO DE APTITUD TECNICA - CERTIFICADO DE APTITUDE TÉCNICA - CAT
CERTIFICADO DE REVISION TECNICA / CERTIFICADO DE REVIÇÃO TÉCNICA
CERTIFICADO DE INSPEÇÃO TÉCNICA VEICULAR=CITV
CERTIFICADO DE INSPECCION TECNICA VEHICULAR

VTP ☐ VTC ☒ X

Certifico que el vehículo identificado en el presente, cumple las exigencias establecidas en la Resolución GMC 75/97.

Certifico que o veículo identificado no presente, cumpre as exigências estabelecidas na Resolução GMC 75/97.

- TITULAR/ PROPIETARIO: SOLIS JUAN ANTONIO
- RUT / CUIT / CNPJ / CPF: CUIT 23178358979
- DOMICILIO/ ENDEREÇO: Bº CIUDAD CENTRO C4 M.B S/N
- CIUDAD/ MUNICIPIO: SAN CARLOS
- CODIGO POSTAL/ CEP(*): 5556
- TELEFONO/ TELEFONE: 2622475394
- E-MAIL/ E-MAIL (*): TRANSPSOLIS@HOTMAIL.COM
- DEPARTAMENTO / PROVINCIA / UF: MENDOZA
- MATRICULA / DOMINIO / PLACA: **AF194YC**
- REGISTRO / RENAVAM: 8302234
- AÑO / ANO: 2022
- CATEG. VEHICULO/ CATEGORIA VEICULO: O4

- FECHA DE INSPECCION / DATA DE INSPEÇÃO: 04/03/2024
- FECHA DE EMISION / DATA DE APROBACIÓN: 04/03/2024
- FECHA DE VENCIMIENTO / DATA DE VENCIMENTO: **04/03/2025**
- CENTRO DE REVISION TECNICA: INSTECMEC S.A.
  NOME DO ORGÃO DE INSPEÇÃO:
- CODIGO CENTRO DE REVISION: 080-055
  CÓDIGO DO ORGÃO DE INSPEÇÃO:
- RESPONSABLE TECNICO: ING. LEONARDO J. HUESO
  RESPONSÁVEL TÉCNICO:
- Nº DE REGISTRO/ Nº DE REGISTRO: 11070(C.P.I.G.M.)

FIRMA RESP. TECNICO
ASSINATURA RESP. TECNICO

Leonardo Jorge Hueso
Ingeniero Industrial
Mat. 11.070-I-A

DIMENSIONES DEL VEHICULO / DIMENÇÕES DO VEICULO

- ALTURA / ALTURA: 3.50 m.
- ANCHO / LARGURA: 2.60 m.
- LARGO / COMPRIMENTO: 15.50 m.

CHASIS BASTIDOR/ CHASSI

- MARCA / MARCA: MALDONADO
- MODELO/ MODELO: 3 EJES
- NUMERO/ NUMERO: BEMP1543SMA000110
- CANTIDAD DE EJES/ QUANTIDADE DE EIXOS: 3
- TIPO DE TREN / EJES / TIPO DE EIXO (*): 3D
- TARA / TARA (*): -
- PESO BRUTO TOTAL / PESO BRUTO TOTAL: 31500
- CAPACIDAD / LOTAÇÃO (*): -
- CMT / CMT (*): CATEGORÍA D (Dec. 32/2018)

MOTOR / MOTOR

- NUMERO / NUMERO (*): -
- COMBUSTIBLE / COMBUSTÍVEL (*): -
- POTENCIA / POTÊNCIA(*): -

PARA VEHICULOS DE PASAJEROS / PARA VEÍCULOS DE PASSAGEIROS

- MARCA CARROCERIA/ MARCA CARROÇARIA: -
- CLASE DE SERVICIO/ CLASSE DE SERVIÇO: -
- TIPO/ TIPO: -
- CANTIDAD DE ASIENTOS / QUANTIDADE ASSENTOS: -

PARA VEHICULOS DE CARGA/ PARA VEICULOS DE CARGA

- CLASE DE CARGA/ CLASSE DA CARGA: CF CI CMG CP
- TIPO DE VEHICULO/ CLASSE DE VEICULO: SEMIRREMOLQUE
- TIPO DE CAJA/ TIPO DE CAIXA: CA-PC (CAJA ABIERTA - PORTACONTENEDOR)

TACOGRAFO REGISTRADOR DE VELOCIDAD/REGISTRADOR DE VELOCIDADE

- MARCA/ MARCA (*): -
- NUMERO/ NUMERO (*): -

OBSERVACIONES / OBSERVAÇÕES

Ficha RCM AITA Nº: 3070911
CAPACIDAD TOTAL DE COMBUSTIBLE: -
ALTURA DE PLANCHADA: 1.40m

(*) Llenado no obligatorio / Item de preenchimento facultativo

ORIGINAL

CERODOSCEROCINCOOCHOOCHOCERO

RESULTADO DE LA INSPECCION	INSPECTOR	FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR TECNICO
Apto	Rosales, Mauricio E.	Ing. Hueso, Leonardo J. Mat. Nº: 11070(C.P.I.G.M.)

Leonardo Jorge Hueso
Ingeniero Industrial
Mat. 11.070-I-A

Certificado: U-205880

CUIP: 033010000000000000000000000005763360000000000099203761499798-10000035598100000355980000077

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 19 de Junio de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	576336	0	Desde las 12:00 Hs. del 18/06/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 18/12/2024

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : SOLIS DEMARIA FEDERICO — Cod. Aseg.: 1269307
Domicilio : FCA SOLIS S/N 1
Localidad: 5569 SAN CARLOS — Provincia : MENDOZA
DNI : 37614997 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 8425 CASTILLO LUIS CARLOS **MATRÍCULA N°SSN:** 35598 **CASILLERO:** BMZ

MODO DE FACTURACIÓN: SEMESTRAL

FRENTE DE PÓLIZA

CANTIDAD TOTAL DE RIESGOS CUBIERTOS: 1 VIDA/S.

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

SOLIS DEMARIA FEDERICO DNI 37614997 Fec.Nac: 27/05/1994
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 relación a la Suma Asegurada.

LIMITE DE INDEMNIZACION POR ACONTECIMIENTO: $ 30.000.000.-
EN CASO QUE, LA SUMA DE LOS CAPITALES ASEGURADOS POR PERSONA SEA MENOR A $ 30.000.000.- SE TOMARA DICHA SUMA.

MONEDA	PRIMA	REC.ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER.EMISION	SUB TOTAL
$	10.661,64	0,00	852,93	0,00	11.514,57

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A. (*)	R.G. 3337	IVA RFI (*)	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
126,66	184,23	2.238,94	0,00	179,12	0,00	0,00	14.243,52

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

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0001269307	19/06/2024

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.

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. .

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 19 de Junio de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	576336	0	Desde las 12:00 Hs. del 18/06/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 18/12/2024

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	19/06/2024	2.851,52
2	19/07/2024	2.848,00
3	19/08/2024	2.848,00
4	19/09/2024	2.848,00
5	19/10/2024	2.848,00

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 19 de Junio de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	576336	0	Desde las 12:00 Hs. del 18/06/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 18/12/2024

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.

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000001

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
SOLIS DEMARIA FEDERICO	00576336	00000000	18/06/2024	18/12/2024

Dirección: FCA SOLIS S/N 1
5569 - SAN CARLOS, MENDOZA

CUIT
20376149979

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
SOLIS DEMARIA FEDERICO	27/05/1994	DNI 37614997

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 18/06/2024 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: 01 - AP CON ASISTENCIA MEDICA VARIABLE

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.
Emitido en , 20 de Junio 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