Recibo de Cobranza | Nº 00017587

[redacted]

Emitido en: VILLA MERCEDES
Fecha: 25/06/24 Hora: 09:44

Recibimos de: ALANIZ JUAN JOSE

Con domicilio en: PIZARRO N° 155

COBRADOR: OFICINA

El importe recibido se hace en virtud de la resolución 429/2000 Ministerio de Economía y resolución S.S.N.27627

AGENTE OFICIAL
ORGANIZACIÓN MERCEDES
UN SEGURO PARA CONFIAR

Av. Mitre 1103 - Villa Mercedes - S.L. - e-mail: consultas@orgmercedesseguros.com.ar
Tel./Fax: 02657 - 421048 Cel.: 15693185 -Web: www.orgmercedesseguros.com.ar

LA SUMA DE $: 5790.00
(Pesos:Cinco mil setecientos noventa - -///)

CUOTA N°: 4/ 6 POLIZA: 8534361 // 0

VIGENCIA: 19/03/24 HASTA: 19/09/24 //

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

RIESGO ASEGURADO: Sección: ACC.PERSONALES

CHOFER DE CAMION Modelo: 0

Uso: PARTICULAR Patente:

Cobertura: MUERTE E INCAP. MAS ASIST.MEDICA FARMACE

Suma Asegurada riesgo:$ 5000000 Accesorio:$ 0

RECAUDADO

PARA SER INGRESADO, CONFORME A LA RESOLUCION S. S. N. Nº 40.541-E / 2017
TICKET, A DISPOSICION DEL ASEGURADO

IMPORTANTE en caso de haber realizado el pago a posterior del vencimiento de la cuota, la rehabilitación de la cobertura, surtirá efecto de acuerdo a lo previsto en la "claúsula de cobranza del premio", el cual forma parte integrante de la póliza.

ORG MER 07-2022 LIBRA

FECHA DE PAGO: DE NO CORRESPONDER LA DE EMISION, FECHA EFECTIVA: .....

.....
Firma Responsable

Escaneado con CamScanner

Impreso el dia 03-04-2023

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 12 - 7670700

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 27-02-2023	Hasta 12:00 Hs. del 27-08-2023
Término (en días)	**Plan**
181	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7313630	24-02-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ALANIZ JUAN JOSE
DOMICILIO PIZARRO N* 155
LOCALIDAD VILLA MERCEDES
CÓDIGO POSTAL 5730
PROVINCIA SAN LUIS
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20371924745 / 37192474
ASEGURADO NRO. 4272234

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS
010	MUERTE ACCIDENTAL	$ 5,000,000.00
020	INVALIDEZ	$ 5,000,000.00
040	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA	$ 500,000.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

La franquicia en la cobertura de asistencia medica y farmaceutica es de $ 1.500.-

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

ALTA PERSONAL

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 37192474	ALANIZ JUAN JOSE	24-02-1994	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 37192474	ALANIZ JUAN JOSE	24-02-1994	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

Cantidad: 1

CLAUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud.
Se instituye beneficiario en primer término a éstas personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservarán su derecho solo sobre el saldo de la prestación:
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados.
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.
Previa citación a las mismas para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 12 - 7670700

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 27-02-2023	Hasta 12:00 Hs. del 27-08-2023
Término (en días)	**Plan**
181	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7313630	24-02-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ALANIZ JUAN JOSE
DOMICILIO PIZARRO N* 155
LOCALIDAD VILLA MERCEDES
CÓDIGO POSTAL 5730
PROVINCIA SAN LUIS
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20371924745 / 37192474
ASEGURADO NRO. 4272234

del saldo de las prestaciones se harán directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.
Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados.-
PERSONAS Y/O EMPRESAS:

Empresa: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137375
Empresa: SAINT-GOBAIN ARGENTINA SA - cuit: 30500529071
Empresa: GLUCOVIL ARGENTINA S.A. - cuit: 30710853688
Empresa: JUPLAST SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 33613832039
Empresa: DIASER SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30555549659

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 03 días del mes de ABRIL de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N* 105153

IMPORTANTE: LA EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO IMPLICA RENUNCIAR A OPONER LA SUSPENSION O CADUCIDAD DE LA COBERTURA POR CONDICION DE POLIZA.-

Diego Fernando Vallina
Gerente General