PARANA SEGUROS

CDAD.DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: /
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30500057102

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

Cod. Pago electrónico 0000539959	**Vencimiento** 17/08/2024
Asegurado SOLIS JUAN ANTONIO	
Domicilio B. CIUDAD CENTRO M - B C 4	
5569 EUGENIO BUSTOS MENDOZA	
Productor 8425 CASTILLO LUIS CARLOS	
Prox. Vencimiento / Vig. de la Póliza: 17/10/2024	

Rama	Póliza	Endoso	Imp. Cuota	Patente
12	00565542	00000000	$ 5.686,00	

Recibo: / **Recibo:**

Cuota Número: 05 de 05

Ef.: [X] **CH.:** [ ] **Bco.:** _____ **Nro.:** _____

El pago efectuado en esta fecha no rehabilitará la cobertura suspendida, sino a partir de las 0 (cero) horas del dia 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, Ent. Bancarias, etc.)

Fecha cobro: 23 AGO. 2024 **Hora:** _____

CASTILLO MARIA EUGENIA
PRODUCTOR ASESOR DE SEGUROS
Matrícula 8425

COPIA PARA EL CLIENTE

PARANA SEGUROS

CUIP: 03301000000000000000000000000565542000000000009923179358972 8-10000035598100000355980000 7

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 18/04/2024

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 17 de Abril de 202

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	565542	0	Desde las 12:00 Hs. del 17/04/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 17/10/2024

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : SOLIS JUAN ANTONIO — Cod. Aseg.: 539959
Domicilio : B. CIUDAD CENTRO M - B C 4
Localidad: 5569 EUGENIO BUSTOS — Provincia : MENDOZA
DNI : 17935897 — 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 JUAN ANTONIO DNI 17935897 Fec.Nac: 03/07/1966
ACTIVIDAD : CHOFER/ACOMPAÑANTE DE CAMION NACIONAL (INCLUYE CARGA Y DESCARGA DE MERCADERIA)
BENEFICIARIOS:
RPP 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 ----------> $ 10.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 10.000.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 1.000.000,00

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
$	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

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

FORMA DE PAGO — **VENCIMIENTO 1° CUOTA**

PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0000539959 — 17/04/2024

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********** — 503043 0
****
****
****
********** — CASILLERO BM

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.
ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA S.S.N. .

Aldo Gonzalez
Apoderado

"La presente póliza se rescinde a tenedor conforme lo previsto en el Reglamento de la Actividad."

PARANA SEGUROS

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 18/04/2024

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 17 de Abril de 202

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	565542	0	Desde las 12:00 Hs. del 17/04/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 17/10/2024

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

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 18/04/2024

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 17 de Abril de 202

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	565542	0	Desde las 12:00 Hs. del 17/04/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 17/10/2024

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	17/04/2024	5.685,40
2	17/05/2024	5.686,00
3	17/06/2024	5.686,00
4	17/07/2024	5.686,00
5	17/08/2024	5.686,00

PARANA SEGUROS

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000001

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza N°	Endoso N°	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
SOLIS JUAN ANTONIO	00565542	00000000	17/04/2024	17/10/2024

Dirección: B. CIUDAD CENTRO M - B C 4
5569 - EUGENIO BUSTOS, MENDOZA

CUIT
23179358972

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y N° de Documento
SOLIS JUAN ANTONIO	03/07/1966	DNI 17835897

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 17/04/2024 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	$ 10.000.000,00	0	0	0
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM.	$ 10.000.000,00	0	0	0
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA	$ 1.000.000,00	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 , 18 de Abril de 2024

Aldo Gonzalez
Apoderado

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