CUIP: 033010000000000000000000000005734040000000000099201823233826-10000075001100000750010000071

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

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	573404	0	Desde las 12:00 Hs. del 30/06/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 31/12/2024

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : LOPEZ EDGARDO ALFREDO — Cod. Aseg.: 1966520
Domicilio : BELTRAN 935
Localidad: 5600 SAN RAFAEL — Provincia : MENDOZA
DNI : 18232338 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 8750 CORIA CESAR ARIEL **MATRÍCULA N°SSN:** 75001 **CASILLERO:** BMZ

MODO DE FACTURACIÓN: SEMESTRAL

FRENTE DE PÓLIZA

CANTIDAD TOTAL DE RIESGOS CUBIERTOS: 1 VIDA/S.

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

LOPEZ EDGARDO ALFREDO DNI 18232338 Fec.Nac: 15/11/1967
ACTIVIDAD : CHOFER/ACOMPAÑANTE DE CAMION REGIONAL HASTA 300 KM DE SU DOMICILIO (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 ----------> $ 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
$	13.847,75	0,00	1.107,82	0,00	14.955,57

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A. (*)	R.G. 3337	IVA RFI (*)	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
164,51	239,29	2.908,03	0,00	232,64	0,00	0,00	18.500,04

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

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0001966520	30/06/2024

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

CGAP ANEXO.73 ANEXO.91 CLAUSULA13 71 AN01 97 303 CLAUSULA52**********
****
****
****
****

PÓLIZA RENOVADA
547599 0

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 3 de Junio de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	573404	0	Desde las 12:00 Hs. del 30/06/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 31/12/2024

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	30/06/2024	3.700,04
2	30/07/2024	3.700,00
3	30/08/2024	3.700,00
4	30/09/2024	3.700,00
5	30/10/2024	3.700,00

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

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	573404	0	Desde las 12:00 Hs. del 30/06/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 31/12/2024

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 30-66317737-5
MTR S.A. CUIT 30-71013314-6
DURLOK S.A. CUIT 30-55281616-8
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
LOPEZ EDGARDO ALFREDO	00573404	00000000	30/06/2024	31/12/2024

Dirección: BELTRAN 935
5600 - SAN RAFAEL, MENDOZA

CUIT
20182323382

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
LOPEZ EDGARDO ALFREDO	15/11/1967	DNI 18232338

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 30/06/2024 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: 05 - 24 HS 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	$ 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 30-66317737-5
MTR S.A. CUIT 30-71013314-6
DURLOK S.A. CUIT 30-55281616-8
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.
Emitido en , 19 de Agosto 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

CUIP: 033010000000000000000000000005852600000000000009920406888364 2-10000075001100000750010000 71

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 8 de Agosto de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	585260	0	Desde las 12:00 Hs. del 08/08/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 08/02/2025

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL — Cod. Aseg.: 2665780
Domicilio : BELTRAN 935
Localidad: 5600 SAN RAFAEL — Provincia : MENDOZA
DNI : 40688836 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 8750 CORIA CESAR ARIEL **MATRÍCULA N°SSN:** 75001 **CASILLERO:** BMZ

MODO DE FACTURACIÓN: SEMESTRAL

FRENTE DE PÓLIZA

CANTIDAD TOTAL DE RIESGOS CUBIERTOS: 1 VIDA/S.

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL DNI 40688836 Fec.Nac: 02/10/1997
ACTIVIDAD : CHOFER/ACOMPAÑANTE DE CAMION REGIONAL HASTA 300 KM DE SU DOMICILIO (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
$	6.945,45	0,00	555,64	0,00	7.501,09

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A. (*)	R.G. 3337	IVA RFI (*)	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
82,52	120,02	1.458,55	0,00	116,68	0,00	0,00	9.278,86

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

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0002665780	08/08/2024

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 8 de Agosto de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	585260	0	Desde las 12:00 Hs. del 08/08/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 08/02/2025

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	08/08/2024	1.858,86
2	08/09/2024	1.855,00
3	08/10/2024	1.855,00
4	08/11/2024	1.855,00
5	08/12/2024	1.855,00

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 8 de Agosto de 2024

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	585260	0	Desde las 12:00 Hs. del 08/08/2024 Hasta las 12:00 Hs. del 08/02/2025

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 30-66317737-5
MTR S.A. CUIT 30-71013314-6
DURLOK S.A. CUIT 30-55281616-8
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
ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL	00585260	00000000	08/08/2024	08/02/2025

Dirección: BELTRAN 935
5600 - SAN RAFAEL, MENDOZA

CUIT
20406888364

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL	02/10/1997	DNI 40688836

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 08/08/2024 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: 05 - 24 HS 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	$ 5.000.000,00	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 30-66317737-5
MTR S.A. CUIT 30-71013314-6
DURLOK S.A. CUIT 30-55281616-8
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.
Emitido en , 08 de Agosto 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