PARANA SEGUROS

FACTURA

Copia de póliza original 05/02/2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	620207	0	Desde las 12:00 Hs. del 05/02/2025 Hasta las 12:00 Hs. del 05/08/2025

Datos del Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : ARRECEYGOR ALFREDO DARIO
Domicilio : CHUBUT 1380
Localidad: SAN RAFAEL
Provincia : MENDOZA
CUIT : 20204529419
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

FACTURA

Código de pago electrónico: 0001884178

Condición de IVA de la Operación: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

CDAD.DE BUENOS AIRES, 05/02/2025

```
PRIMA    : $        20.847,30
REC.FIN  : $         1.667,78
IVA TASA :          4.377,94  RG 3337 :             0,00  IVA RFI :           350,23
IMP+SELL : $           607,92
PERC.IB  : $             0,00
PREMIO   : $        27.851,17
```

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE	IVA S/RFI(*)	OBSERVACIONES
1	05/02/2025	5.571,17	70,07	. . . . .
2	05/03/2025	5.570,00	70,04	. . . . .
3	05/04/2025	5.570,00	70,04	. . . . .
4	05/05/2025	5.570,00	70,04	. . . . .
5	05/06/2025	5.570,00	70,04	. . . . .

(*) IVA sobre Recargo Financiero: El importe indicado en póliza es computable s/ley 23349 y mod., art.12 (ult. párrafo), art.5 (pto.7 inc.b) y Decreto 692/98, art.22.- El Crédito Fiscal proporcional se detalle en cada vencimiento de las cuotas arriba indicadas.

Comprobante exento del cumplimiento de las formalidades del régimen de facturación y registración (Resolución General AFIP Nº 1415/03 - Anexo I)

ORG. : 74676 - CORIA CESAR ARIEL
PROD. : 8750 - CORIA CESAR ARIEL
PLAN : AP 24 - 24 HS

RIESGO : 05 - 24 HS CON 10% DE ASISTENCIA

Contrariamente a lo indicado, el inicio de vigencia de la póliza, queda sujeto a las condiciones de la Resolución N° 21.600 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Importante: En la fecha de vencimiento para el pago arriba indicado se deberá abonar el total del premio o la cuota inicial del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalla en esta factura y/o "Cláusula de Cobranza del Premio". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos.

CUIP: 03301000000000000000000000000062020700000000000099202045294196-10000075001100000750010000071

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 5 de Febrero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	620207	0	Desde las 12:00 Hs. del 05/02/2025 Hasta las 12:00 Hs. del 05/08/2025

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : ARRECEYGOR ALFREDO DARIO — Cod. Aseg.: 1884178
Domicilio : CHUBUT 1380
Localidad: 5600 SAN RAFAEL — Provincia : MENDOZA
CUIT : 20204529419 — Condición de IVA : IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

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 :

ARRECEYGOR ALFREDO DARIO DNI 20452941 Fec.Nac: 02/10/1968
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 ----------> $ 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.
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 858.000,00

LIMITE DE INDEMNIZACION POR ACONTECIMIENTO: $ 40.000.000.-
EN CASO QUE, LA SUMA DE LOS CAPITALES ASEGURADOS POR PERSONA SEA MENOR A $ 40.000.000.- SE TOMARA DICHA SUMA.

MONEDA	PRIMA	REC.ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER.EMISION	SUB TOTAL
$	20.847,30	0,00	1.667,78	0,00	22.515,08

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI (*)	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
247,67	360,25	4.377,94	0,00	350,23	0,00	0,00	27.851,17

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0001884178	05/02/2025

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 5 de Febrero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	620207	0	Desde las 12:00 Hs. del 05/02/2025 Hasta las 12:00 Hs. del 05/08/2025

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	05/02/2025	5.571,17
2	05/03/2025	5.570,00
3	05/04/2025	5.570,00
4	05/05/2025	5.570,00
5	05/06/2025	5.570,00

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 5 de Febrero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	620207	0	Desde las 12:00 Hs. del 05/02/2025 Hasta las 12:00 Hs. del 05/08/2025

CLÁUSULA DE 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
ARRECEYGOR ALFREDO DARIO	00620207	00000000	05/02/2025	05/08/2025

Dirección: CHUBUT 1380
5600 - SAN RAFAEL, MENDOZA

CUIT
20204529419

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
ARRECEYGOR ALFREDO DARIO	02/10/1968	DNI 20452941

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 05/02/2025 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
ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL	$ 858.000,00	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 , 05 de Febrero de 2025



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