PARANA SEGUROS

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000001

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza N°	Endoso N°	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 N° 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 , 18 de Octubre de 2024

Aldo Gonzalez
Apoderado

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

Parana S.A. de Seguros CUIT 30-50005710-2, Maipú 215 6º Piso (C1084ABE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Tel. (5411)4320-0000 Fax.(5411)4320-0020, www.paranaseguros.com.ar

PARANA SEGUROS

CDAD DE BUENOS AIRES
TELFAX /
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30500057102

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

Cod. Pago electrónico 0001269307	**Vencimiento** 19/10/2024
Asegurado SOLIS DEMARIA FEDERICO	
Domicilio FCA SOLIS S/N 1	
5569 SAN CARLOS	MENDOZA
Productor 8425 CASTILLO LUIS CARLOS	
P. Vencimiento / Vig. de la Póliza: 18/12/2024	

Rama	Póliza	Endoso	Imp. Cuota	Patente
12	00576336	00000000	$ 2.848,00	

Recibo: /	**Recibo:**
Cuota Número: 05 de 05	

Ef.: ☐ **CH.:** ☐ **Bco.:** _____ **Nro.:** _____

El pago efectuado en esta fecha no rehabilitara la cobertura suspendida, la que podrá ser a partir de las cero (cero) horas del día posterior al pago. Previa inspección en un centro autorizado por la compañía. Las entidades aseguradoras solo podrán considerar cumplida la obligación de pago del premio de los contratos de seguros cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los formas habilitados (Medios Electrónicos, Ent. Bancarias, etc.).

Fecha cobro: 25 SET. 2024 **Hora:** _____

CASTILLO MARIA EUGENIA
PRODUCTOR ASESOR DE SEGUROS
MATRICULA 81633

COPIA PARA EL CLIENTE