SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA	
39 - ACCIDENTES PERSONALES INDIVID	79.470	0	**Desde las 12 hs.** 14/07/2024	**Hasta las 12 hs.** 14/07/2025

BENEFICIARIOS DESIGNADOS A: RPB S.A. CUIT 30663137375 - 100% DE INDEMNIZACIONCLAUSULA DE NO REPETICION A FAVOR DE RPB S.A. CUIT 30663137375

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

501 - CLÁUSULA ADICIONAL 501 - INVALIDEZ PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

Artículo 6 de la Cláusula Adicional 501 – Invalidez Permanente como Consecuencia de Accidente: La determinación del estado de Invalidez Permanente a cargo del Asegurador, resultará imprescindible para establecer la procedencia del beneficio en todos los casos.

Corresponde al Asegurado:

a) Denunciar la existencia de la Invalidez dentro de los TRES (3) días de haberla conocido, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

b) Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas que la originan.

c) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta DOS (2) exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.

INVALIDEZPERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Artículo 4 – Serán de aplicación las exclusiones previstas en las Cláusulas 6, 7 y 8 de las Condiciones Generales. Tampoco se considerarán como accidentes a los efectos de esta cláusula a:

a) Las enfermedades producidas por afecciones cardiovasculares provocadas, desencadenadas o agravadas por esfuerzos físicos de cualquier índole.

b) Las enfermedades profesionales.

100 - ANEXO 100 - CONDICIONES GENERALES - AP

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

OBLIGACIONES Y CARGAS

Cláusula 16 de las Condiciones Generales - Cargas del Asegurado o Beneficiarios en Caso de Accidente: El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el siniestro dentro de los TRES (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a indemnizarlo, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 - Ley de Seguros N° 17.418). Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador cada QUINCE (15) días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo del Asegurador. El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 – Ley de Seguros N° 17.418) sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior. En especial los beneficiarios, en caso de muerte del asegurado, deberán presentar la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes. Se perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan. En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de

Escaneado con CamScanner

IAPSER SEGUROS

www.iapserseguros.seg.ar

CONSTANCIA DE COBERTURA
TARJETA DE CIRCULACIÓN

Seguro de Vehículos Automotores y/o Remolcados

Aseguradora / Seguradora: **INSTITUTO AUTARQUICO PROVINCIAL DEL SEGURO**

País / Pais: **ARGENTINA**

Asegurado Nombre - Direccón / Segurado Nome-Endereco:
POLICINO, ARIEL CRISTIAN
B° JARDIN DEL SUR MZNA 6013 CASA 9 VILLA MERCEDES

Póliza / Apolice: **1.938.766**

Certificado / Certificado: **1**

Marca-Modelo-Año / Marca-Modelo-Ano:
IVECO EUROTECH 740 E 42 H 6X4 - 2005

Chasis / Chassis:
8ATS2JSH06X052095

Matrícula / Placa: **FFA296**

Sección:	4 - AUTOMOTORES	**Fecha de Emisión:**	20/08/2024	**Solicitud N°:**	**Póliza:** 1.938.766
Endoso:	246.278	**Renueva Póliza:**		**Suma Asegurada:**	0,00
Vigencia:		**Desde las 12hs.**	11/09/2024	**Hasta las 12hs.**	11/03/2025

Anexos y/o Cláusulas que forman parte de la presente póliza:

GP, SO-RC 06.1, CG-RC 01.1, CG-RC 02.1, CG-RC 03.1, CG-RC 04.1, CG-RC 05.1, CG-CO 03.1, CG-CO 04.1, CG-CO 05.1, CG-CO 06.2, CG-CO 07.1, CG-CO 08.1, CG-CO 09.1, CG-CO 10.1, CG-CO 11.1, CG-CO 12.1, CG-CO 13.1, CG-CO 14.1, CG-CO 15.1, CG-CO 16.1, CG-CO 17.1, CG-CO 18.1, CA-RC 02.1, CA-RC 05.1, CA-CC 09.1, CA-CO 07.1, CA-CO 06.1, CA-CO 04.1, CA-CO 14.1, CO-EX 01.1, CO-EX 11.1.-

Código de seguimiento SSN:

Vehículo:	IVECO EUROTECH 740 E 42 H 6X4 - 2.005
Uso :	COMERCIAL
Tipo:	CAMIONES Y SEMITRACCIONES RUTEROS -(05)
Carrocería:	TRACTOR C/CABINA DORMITORIO
Motor/Chasis:	821042I4600120517 / 8ATS2JSH06X052095
Limite Max. de RC :	175.000.000,00
Suma Aseg:	0,00

Ajuste Automático hasta el 30%

Cobertura: AA-: RESPONSABILIDAD CIVIL por lesiones y/o muerte de terceros transportados o no transportados y daño a cosas de terceros no transportados, incluye Condiciones Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil, Art. 68 de la Ley N° 24.449.

Sr. Gonzalo Heriberto García | Presidente IAPS
Conforme Resol. N° 38708/14 de SSN

LA EXTENSIÓN DE LA PRESENTE NO IMPLICA RENUNCIAR A OPONER LA SUSPENSION O CADUCIDAD DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO Y CADUCA A LOS 30 DIAS DE EMISIÓN. SE EXTIENDE LA PRESENTE CONSTANCIA EN LA CIUDAD DE PARANÁ, **EL DÍA 11 de septiembre de 2024**, A PEDIDO DEL ASEGURADO Y AL SOLO EFECTO DE SER PRESENTADO ANTE QUIEN CORRESPONDA

IAPSER SEGUROS

SEGURO OBLIGATORIO AUTOMOTOR

CONFORME DECRETO 1716/08 (Reglamentario de la Ley Nacional de Tránsito y Seguridad Vial N° 26.363)

Asegurado: **POLICINO, ARIEL CRISTIAN**

Póliza: **1.938.766**

Tipo: **CAMIONES Y SEMITRACCIONES RUT**

Marca: **IVECO**
Chasis: **8ATS2JSH06X052095**
Motor: **821042I4600120517**
Año: **2005**

Vehículo: **IVECO EUROTECH 740 E 42 H 6X4 - 2.005**

Vigencia: **Desde 12hs. 11/09/2024 Hasta 12hs. 11/03/2025**

Dominio: **FFA296**
Cobertura: **AA- - PLAN BASICO A COMERCIAL y OFICIAL SIN**

Conducto de Pago: **Efectivo**

NOTA ACLARATORIA: La posesión de este comprobante obligatorio será prueba suficiente de la vigencia del seguro obligatorio de automotores exigido por el Artículo 68 de la Ley N° 24.449. Conforme el Artículo 2° de la Disposición N° 70/2009 de la AGENCIA NACIONAL DE SEGURIDAD VIAL, la falta de portación del recibo de pago de la prima del seguro obligatorio por parte del conductor del vehículo, no podrá ser aducida por la Autoridad de Constatación para determinar el incumplimiento de los requisitos para la circulación.

ASISTENCIA AL VEHÍCULO

0800-333-6524

+54 9 11 28080012

https://tuasistencia.redsos.com.ar/

Cobro revertido desde el exterior: **+54 - 0351 - 4858 321**

CONSERVE COMPLETA LA PRESENTE DOCUMENTACIÓN JUNTO CON LA DEL VEHÍCULO REEMPLAZÁNDOLA ANTE CADA RENOVACIÓN DE PÓLIZA.

Escaneado con CamScanner

ENTIDAD RECAUDADORA



IAPSER SEGUROS

Instituto Autarquico Provincial del Seguro

San Martin 918 - (3100) - Entre Rios

C.U.I.T. 30-50005550-9

Fecha: 10/10/2024

CUPON DE PAGO

Asegurado	Patente
ARIEL CRISTIAN POLICINO	FFA296

Codigo Electronico de Pago: 00000000000037717271

Fecha Vto.	Prox Vto.	Secc.	Póliza	Endo.	Cuota
16/10/2024	16/11/2024	4	1938766	246278	2

Vigencia	Total a Pagar
Desde: 11/09/2024 Hasta: 11/12/2024	$34.919,00



0942540040019387662462780216102400349190005003491900 30

Este recibo no presupone el pago de deudas anteriores, ni tendrá validez sin el correspondiente sello o ticket de pago. Válido hasta 45 días después del vencimiento. La falta de pago de la cuota en término importará la suspensión automática de la cobertura hasta las 00 hs. del día siguiente al efectivo pago

Escaneado con CamScanner

Pago de servicio

Este documento solo es informativo.

Enviamos el comprobante de pago a tu email.

N° de operación: 3635849724

Realizada el 10/OCT/2024 - 23:16 h

N° de factura
2f1c5456-2e52-4569-b71c-1749181a3300

Medio de pago
Dinero en cuenta

Servicio
Inst Del Seguro

Categoría
Pago de servicio

Total **$ 34.919,00**

Naranja Digital Compañía Financiera S.A.U es una entidad financiera autorizada por el Banco Central de la República Argentina. Los fondos en las cuentas están garantizados conforme las normas aplicables. Términos y condiciones en Naranja X

NaranjaX

Hacé como Ariel Cristian y descargate Naranja X.

DISPONIBLE EN Google Play

Consíguelo en el App Store

Escaneado con CamScanner