SWISS MEDICAL

Factura

Sección: ACCIDENTES PERSONALES	**Póliza:** 840327-0 **P.Vta:** BUENOS AIRES	**Operación:** RENOVACION AUTOMATICA
Vigencia: desde las 12:00 hs. del 28 Noviembre de 2024 hasta las 12:00 hs. del 28 Mayo de 2025		**Emitida en :** Buenos Aires el 22/10/2024

Asegurado: GUIFFREY CESAR EDGARDO
Domicilio: FRANCOU 1577 Piso:0
3265 VILLA ELISA
Cód. Asegurado: 1077855
I.V.A.: INSCRIPTO **Cuit Nro.:** 20-29367089-8

Prima	Otros	Recargo Financiero	Percepción IIBB(*)	Sellados
103,757.70	0.00	18,676.39	0.00	1,224.34

Total Gravado IVA	Monto de IVA	IVA 10.5%	Total no Imponible del IVA
122,434.10	25,711.16	0.00	2,693.54

Otros Impuestos	Valores expresados en	PREMIO
1,469.20	Pesos	150,838.79

Productor/Organizador: BOCHATON DANILO ALBERTO
N° Matricula Productor: 54144

Plan de pago

Cta.	Vencimiento	Importe
1	05/12/2024	25,139.00
2	06/01/2025	25,139.00
3	06/02/2025	25,139.00
4	06/03/2025	25,139.00
5	07/04/2025	25,139.00
6	07/05/2025	25,143.79

Cta.	Vencimiento	Importe

Cta.	Vencimiento	Importe

Importante

Los únicos sistemas habilitados para cancelar el premio del presente contrato son tarjetas de crédito y/o los sistemas electrónicos de pago habilitados, de acuerdo a lo establecido en el Art. 1 de la Res. 407/2001 del Ministerio de Economía. Los pagos realizados a productores asesores de seguros deben ser ingresados por éstos en alguno de los sistemas antes descriptos. Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que este se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora (24) del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extra-judicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de este plazo. Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora 0 (cero) del día siguiente a aquel en que la Cía. reciba el pago del importe vencido.Sin perjuicio de ello la Cía. podrá rescindir el contrato por falta de pago.

Los importes serán debitado de la tarjeta de crédito:

Sección:	Póliza-Endoso: 840327-1	Operación: SIN MOVIMIENTO DE PRIMA Y PREMIO
ACCIDENTES PERSONALES	P. Vta: BUENOS AIRES	
Vigencia: desde las 12:00 hs. del 11 Diciembre de 2024 hasta las 12:00 hs. del 28 Mayo de 2025		Emitida en : Buenos Aires el 11/12/2024

Asegurado: GUIFFREY CESAR EDGARDO

Domicilio: FRANCOU 1577 Piso:0

3265 VILLA ELISA ENTRE RIOS

Cod. Aseg./Nro. Solicitud/Nro.Orden 1077855 / 1413015 / 4008848 DNI - 29367089

I.V.A.: INSCRIPTO **Cuit Nro.:** 20-29367089-8

<1201413015>

Riesgo Asegurado y Objeto del Seguro:

Item: 3 (MODIFICADO)

Descripción: CESAR EDGARDO GUIFFREY 29367089 10/10/1985
Ubicación: REPUBLICA ARGENTINA
USO DE MOTO: NO

-------* Descripción de la cobertura Nro. 1/3 *----------

MUERTE E INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE
Suma Asegurada: $60,000,000.00

Cláusulas :
-------* Descripción de la cobertura Nro. 2/3 *----------

ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA
Suma Asegurada: $10,000,000.00

Cláusulas :

Forman parte integrante de esta póliza la Factura adjunta con la fecha de vencimiento de los pagos convenidos, y las siguientes Cláusulas:

Productor/Organizador: BOCHATON DANILO ALBERTO
N° Matrícula Productor: 54144

Suma Asegurada	Valores expresados en	Prima Tarifa	Premio Total
0.00	Pesos 1.00	0.00	0.00

Otros	Impuestos	Sellados	Rec. Financiero	Prima Pura	G. De Administración	G.de Adquisición
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución/Proveído Nº 22540 del 28/10/1983.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza 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 teléfono 0800-222-7854. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.swissmedicalseguros.com/.
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. PARA CONSULTAS O RECLAMOS, COMUNICARSE CON SMG SEGUROS – SERVICIO DE ATENCION AL ASEGURADO Tel: 0800-222-7854 La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. de REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.

Esta póliza incluye : PLAN ARG

Gustavo Cajiau
Gerente de Operaciones

Sección:	Póliza: 840327-1	Operación: SIN MOVIMIENTO DE PRIMA Y PREMIO
ACCIDENTES PERSONALES	P.Vta: BUENOS AIRES	
Vigencia: desde las 12:00 hs. del 11 Diciembre de 2024 hasta las 12:00 hs. del 28 Mayo de 2025		Emitida en : Buenos Aires el 11/12/2024

Anexo al Frente de Póliza - Condiciones Particulares

BENEFICIARIO CORRECTO: R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5

CLAUSULA DE NO REPETICION:

ASIMISMO SE DEJA CONSTANCIA QUE LA ASEGURADORA RENUNCIA A EJERCER SUS DERECHOS DE SUBROGACION DIRECTA E INDIRECTAMENTE CONTRA LAS EMPRESAS DETALLADAS A CONTINUACIÓN , SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y/U OBREROS, EN TODOS AQUELLOS SINIESTROS CON COBERTURA, CONFORME LOS TERMINOS DE LA PRESENTE POLIZA, SUS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES.

LA PRESENTE POLIZA NO PODRA SER ANULADA, CANCELADA, MODIFICADA O ENMENDADA SIN EL PREVIO CONOCIMIENTO O CONSENTIMIENTO DE:

R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-66313737-5