SMG Compañía Argentina de Seguros
Av.Corrientes 1865 PB (C1045AAA) Buenos Aires
Tel: 5239-6300/Fax: 5239-6301
www.smgseguros.com.ar

27/12/2024

Recibo de Cuota Imputada de Póliza - Factura descripta

Recibimos de 1630288- GABRIEL MARTIN CARROZ, en concepto del pago detallado a continuación la suma de treinta y seis mil novecientos veinte y siete Pesos . ($ 36.927,00).

Sección	Póliza	Endoso	Cuota	Importe	F. Pago
ACC.PERSONALES	840314	0	1	$ 36.927,00	CBU

Transacción: **31332673**

De Acuerdo a lo estipulado en la Cláusula de Cobranza de premio (Art 2do), toda Rehabilitación de la Cobertura sufrirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en el que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido.

Esta compañía por su actividad de seguros y en virtud del inc.d) del Anexo I de la RG (AFIP) N° 1.415 emite Pólizas-Facturas como comprobantes respaldatorios de sus operaciones.-

Gustavo Cajiau
Gerente de Operaciones
SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.

SWISS MEDICAL SEGUROS

FFPOL12F

Sección:	Póliza-Endoso: 840314-1	Operación: SIN MOVIMIENTO DE PRIMA Y PREMIO
ACCIDENTES PERSONALES	P. Vta: BUENOS AIRES	
Vigencia: desde las 12:00 hs. del 28 Noviembre de 2024 hasta las 12:00 hs. del 23 Mayo de 2025		Emitida en : Buenos Aires el 28/11/2024

Asegurado: CARROZ GABRIEL MARTIN

Domicilio: COLONIA SAN MIGUEL PB

3265 COLONIA SAN MIGUEL ENTRE RIOS

Cod. Aseg./Nro. Solicitud/Nro.Orden 1630288 / 1407201 / 3991839 DNI - 37289715

I.V.A.: INSCRIPTO **Cuit Nro.:** 20-37289715-6

<1201407201>

Riesgo Asegurado y Objeto del Seguro:

Item: 1 (MODIFICADO)

Descripción: GABRIEL MARTIN CARROZ 37289715 12/05/1993
Ubicación: REPUBLICA ARGENTINA
USO DE MOTO: NO

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

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

Cláusulas :
-------* Descripción de la cobertura Nro. 2/1 *----------

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: ACCIDENTES PERSONALES	**Póliza:** 840314-1 **P.Vta:** BUENOS AIRES	**Operación:** SIN MOVIMIENTO DE PRIMA Y PREMIO
Vigencia: desde las 12:00 hs. del 28 Noviembre de 2024 hasta las 12:00 hs. del 23 Mayo de 2025		**Emitida en :** Buenos Aires el 28/11/2024

Anexo al Frente de Póliza - Condiciones Particulares

Beneficiarios:

* 1er. Termino: - R P B SOCIEDAD ANONIMA - 30-66313737-5 Cuando se encuentre desarrollando actividades para la
Empresa.
* 2do. Termino: - HEREDEROS LEGALES

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 - 30-66313737-5.