Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 31 de Enero de 2025

CUIP: 05552010010000000000000000000738782000000000001152034756044 97-10000058154200000999990000 74

Entre "Beneficio S.A. Compañía de Seguros", en adelante "El Asegurador" y quien se designa con el nombre de "Asegurado y/o Tomador", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, el que queda sujeto a las Condiciones Generales Particulares y/o Especiales (1) y Anexos (2) adjuntos y que forman parte integrante del mismo.

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	738782	1	Desde las 09:15 Hs. del 31/01/2025 Hasta las 00:00 Hs. del 30/05/2025

ASEGURADO: LUCERO ABEL JESUS RAMON — Cod. Aseg.: 513836
Domicilio : FAUSTO ARENAS 1039 — Tel.:
Localidad: (5577) RIVADAVIA — CUIL/CUIT : 20347560449
Provincia : MENDOZA — Condición de IVA de la Operación : CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 46375 ISEN MARCELO HUMBERTO **MATRÍCULA N°SSN** 58154

MODO DE FACTURACIÓN: CUATRIMESTRAL **OPERACIÓN:** ENDOSO

FRENTE DE PÓLIZA

BENEFICIARIO EN PRIMER TERMINO:
RPB S.A CUIT 30-66313737-5

LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR COMIENZA EN EL DÍA Y HORA QUE SE INDICA COMO COMIENZO DE VIGENCIA EN EL FRENTE POLIZA Y FINALIZA A LAS 0 HORAS DEL ÚLTIMO DÍA DEL PLAZO INDICADO, SALVO PACTO EN CONTRARIO.

LA PRESENTE POLIZA CUBRE AL ASEGURADO DURANTE LAS 24 HORAS DEL DIA
COBERTURA PREVENTIVA POSIBLE CONTAGIO HEPATITIS B - HIV - POR REINTEGRO
SE DEJA CONSTANCIA QUE SE CUBRAN LOS GASTOS DE TRATAMIENTO POR POSIBLE CONTAGIO DE HEPATITIS B, Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (HIV), POR HERIDAS ACCIDENTALES OCASIÓNADAS, CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES, HASTA LA SUMA DE $ 500.000, SIEMPRE QUE EL ACCIDENTE OCURRA CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA.
ESTA COBERTURA ES EXCLUSIVA PARA ACTIVIDADES :
PROFESIONAL DE LA SALUD / MEDICO/ ENFERMERO
PRACTICAS ESTUDIANTILES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD/MEDICO/ENFERMERO

MONEDA	PRIMA		REC. FINANCIERO		SUB TOTAL
$	0,00		0,00		0,00

		I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

HABILITADO

FORMA DE PAGO	CÓD. PAGOS LINK/BANELCO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL	20347560449	/ /

Las condiciones generales anexas y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza. PÓLIZA RENOVADA **********

CGC.-.AP CLA-INT CLACP CLA-BEN-TO CGE-SC CGE-C-24H COB-MUERTE COB-IP-TYP COB-GASM-R COB-RENI-D**********
****
****
****
****

Alfredo Del Greco
Director
p/ Beneficio S.A.
Compañía de Seguros

"Si Usted ha recibido electrónicamente la presente documentación, podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original".

De acuerdo a lo establecido por la Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación y la Resolución 27627 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, se advierte lo siguiente:
Los únicos sistemas habilitados para pagar los premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N°21526.c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N°25065.d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas:efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.La presente póliza se suscribe meiante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.8 del Reglamenteo General de la Actividad Aseguradora.
El asegurado o tomador podrá solicitar en cualquier otro momento a la aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley N° 25326, tiene la atribución de atendeer las denuncionas y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 31 de Enero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	738782	1	Desde las 09:15 Hs. del 31/01/2025 Hasta las 00:00 Hs. del 30/05/2025

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

CONDICIÓN DE PÓLIZA QUE EL ASEGURADO CUMPLA CON TODAS LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE INHERENTES A LA ACTIVIDAD DECLARADA Y CON TODAS LEYES DE TRÁNSITO EN EL TRAYECTO IN ITINERE.

NO SUBROGACION:
QUEDA CONVENIDO QUE, LUEGO DE CUALQUIER INDEMNIZACION ABONADA POR UN SINIESTRO EN VIRTUD DE LA PRESENTE, EL ASEGURADOR NO PODRA SUBROGARSE EN LOS DERECHOS, ACCIONES Y RECURSOS LEGALES DEL ASEGURADO EN LO QUE RESPECTA AL SINIESTRO EN CUESTION.

CLAUSULA DE NO REPETICION:
RPB S.A   CUIT 30-66313737-5

ESTA ASEGURADORA RENUNCIA EN FORMA EXPRESA A INICIAR TODA ACCIÓN DE REPETICIÓN O DE REGRESO CONTRA LAS ENTIDADES DETALLADAS PRECEDENTEMENTE, SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS, EN CUALQUIER FORMA JURÍDICA, CON MOTIVO DE LAS PRESTACIONES DINERARIAS QUE SE VEA OBLIGADA A ABONAR POR EL SINIESTRO ACAECIDO BAJO LA PÓLIZA EN CUESTIÓN. –

* *
* *
* *

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 31 de Enero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	738782	1	Desde las 09:15 Hs. del 31/01/2025 Hasta las 00:00 Hs. del 30/05/2025

Detalle de Coberturas	Capital Asegurado
MUERTE ACCIDENTAL	$ 15.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERM. POR AC	$ 15.000.000,00
AMF REINTEGRO (PROTESIS HASTA 100%)	$ 5.000.000,00
SEPELIO POR ACCID REINTEGRO O PRESTACION	$ 858.000,00
RENTA POR INTERNACION POR ACC (DIARIA)	$ 10.000,00
LLAMANDO AL DR. INCLUIDO	$ 1,00

Detalle de Riesgos

Apellido y Nombre	Documento	Edad	Apellido y Nombre	Documento	Edad
LUCERO ABEL JESUS RAMON	34.756.044	35 [MODI]			