CUIP: 033010000000000000000000000006282350000000000009923179358972 7-10000035598100000355980000 77

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 18 de Marzo de 2025

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 628235 | 0 | Desde las 12:00 Hs. del 17/04/2025<br>Hasta las 12:00 Hs. del 17/10/2025 |

**Datos del Tomador/Asegurado**

Nombre y Apellido / Razón Social : SOLIS JUAN ANTONIO — Cod. Aseg.: 539959
Domicilio : B. CIUDAD CENTRO M - B C 4
Localidad: 5569 EUGENIO BUSTOS — Provincia : MENDOZA
DNI : 17935897 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

**PRODUCTOR:** 8425 CASTILLO LUIS CARLOS **MATRÍCULA N°SSN:** 35598 **CASILLERO:** BMZ

**MODO DE FACTURACIÓN:** SEMESTRAL

## FRENTE DE PÓLIZA

CANTIDAD TOTAL DE RIESGOS CUBIERTOS: 1 VIDA/S.

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

SOLIS JUAN ANTONIO DNI 17835897 Fec.Nac: 03/07/1966
ACTIVIDAD : CHOFER/ACOMPAÑANTE DE CAMION NACIONAL (INCLUYE CARGA Y DESCARGA DE MERCADERIA)
BENEFICIARIOS:
RPB S.A. CUIT 30663137375 100,00%
AMBITO DE LA COBERTURA: TODO EL MUNDO DURANTE LAS 24 HS. DEL DIA.

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 20.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 20.000.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 1.000.000,00

FRANQUICIAS :
Franquicia Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 1.500,00 (Pesos Mil Quinientos) con relación a la Suma Asegurada.
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 858.000,00

LIMITE DE INDEMNIZACION POR ACONTECIMIENTO: $ 40.000.000.-
EN CASO QUE, LA SUMA DE LOS CAPITALES ASEGURADOS POR PERSONA SEA MENOR A $ 40.000.000.- SE TOMARA DICHA SUMA.

| MONEDA | PRIMA | REC.ADMINISTR. | REC. FINANCIERO | DER.EMISION | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| $ | 36.045,49 | 0,00 | 2.883,64 | 0,00 | 38.929,13 |

| T.SUP. + S.S. | INT. + SELL. | I.V.A. (*) | R.G. 3337 | IVA RFI (*) | I.BRUTOS | Ley 26363 | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 428,22 | 525,54 | 7.569,56 | 0,00 | 605,56 | 0,00 | 0,00 | 48.058,01 |

(*) Se indica al solo efecto informativo, no constituyendo crédito fiscal.

| FORMA DE PAGO | VENCIMIENTO 1° CUOTA |
|---|---|
| PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0000539959 | 17/04/2025 |

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

PÓLIZA RENOVADA

CGAP ANEXO.73 ANEXO.91 CLAUSULA13 71 AN01 97 303 CLAUSULA52**********
**********
**********
**********
**********

596531 0

CASILLERO BMZ

Entre PARANA S.A. DE SEGUROS, en adelante EL ASEGURADOR", y quien se designa con el nombre de "TOMADOR/ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las condiciones generales y particulares anexas en esta póliza que forman parte integrante de la misma.
Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (art.12 de la Ley de Seguros).
IMPORTANTE:
"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/los teléfono/s que figura/n en nuestra web www.paranaseguros.com.ar
Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.paranaseguros.com.ar
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."
Ud. podrá consultar las Condiciones Contractuales en www.paranaseguros.com.ar PARANA 24 ASEGURADOS.
El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.

Aldo Gonzalez
Apoderado

"La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento de la Actividad Aseguradora".

ESTÁ PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA S.S.N. .

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 18 de Marzo de 2025

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 628235 | 0 | Desde las 12:00 Hs. del 17/04/2025<br>Hasta las 12:00 Hs. del 17/10/2025 |

## CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

| CUOTA | FEC.VENCTO. | IMPORTE |
|---|---|---|
| 1 | 17/04/2025 | 9.614,01 |
| 2 | 17/05/2025 | 9.611,00 |
| 3 | 17/06/2025 | 9.611,00 |
| 4 | 17/07/2025 | 9.611,00 |
| 5 | 17/08/2025 | 9.611,00 |

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 18 de Marzo de 2025

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 628235 | 0 | Desde las 12:00 Hs. del 17/04/2025<br>Hasta las 12:00 Hs. del 17/10/2025 |

## CLÁUSULA DE SUBROGRACION

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.

# ACCIDENTES PERSONALES

**N° de Certificado** 000001

**Datos del Tomador**

| Contratado por | Póliza Nº | Endoso Nº | Inicio Vigencia Póliza | Fin Vigencia Póliza |
|---|---|---|---|---|
| SOLIS JUAN ANTONIO | 00628235 | 00000000 | 17/04/2025 | 17/10/2025 |

Dirección: B. CIUDAD CENTRO M - B C 4
5569 - EUGENIO BUSTOS, MENDOZA

CUIT
23179358972

**Datos Personales del Asegurado**

| | Fecha Nacimiento | Tipo y Nº de Documento |
|---|---|---|
| SOLIS JUAN ANTONIO | 03/07/1966 | DNI 17835897 |

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 17/04/2025 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 | $ 20.000.000,00 | 0 | 0 | 0 |
| INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM. | $ 20.000.000,00 | 0 | 0 | 0 |
| ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA | $ 1.000.000,00 | 0 | 0 | 0 |
| ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL | $ 858.000,00 | 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 Marzo de 2025

Aldo Gonzalez
Apoderado
"La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento de la Actividad Aseguradora".

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