SWISS MEDICAL SEGUROS

**Productor:** 2024 - ALLAUD MARCELO JOSE

**Fecha:** 15/01/2025

**Solicitud:** 1425314

**Sector Destino:**

# Clausulado

**Ramo:** ACCIDENTES PERSONALES

**Póliza:** 862345

**Movimiento:** Endoso

**Vigencia Desde:** 22/01/2025

**Vigencia Hasta:** 22/07/2025

**Nombre:** MIRET, ARIEL GERARDO

**N° Documento/CUIT:** 20267172197

**I.V.A.:** INSCRIPTO

**Domicilio:** CALLE ALVEAR 2029 2029 PB 2029 PB 2029 PB 2029 PB 2029 0

**Localidad:** VILLA SAN JOSE

**Provincia:** ENTRE RIOS

**Teléfono:** 03447471758

**E-mail:** marcelo.allaud@gmail.com

**Teléfono Móvil:** 3447405835

**E-mail Aseg.:** marcelo.allaud@gmail.com

**Teléfono Alternativo:** **3447430414**

## INFORMACIÓN ADICIONAL

**Tipo de Póliza:** PLAN ARG

## PLAN Y FORMA DE PAGOS

**Cantidad de Cuotas:** 1

**Forma de Pago:** COBRANZA CONVENIO

**Moneda de emisión:** Pesos

## DETALLE DE LA SOLICITUD

Solicitud generada por usuario: 20232549964 - Beneficiario en primer término: CONVERFLEX ARGENTINA SA CUIT 30-70856246-3, CARTOCOR SA CUIT: 30-58673333-4, ARGENCRAFT SA CUIT: 30-70986609-1, RPB SA CUIT 30-66313737-5 (EN CASO DE OCURRIR ACCIDENTE EN EL MISMO PREDIO)
Cláusula de no repetición a favor de: CONVERFLEX ARGENTINA SA CUIT 30-70856246-3, CARTOCOR SA CUIT: 30-58673333-4, ARGENCRAFT SA CUIT: 30-70986609-1, RPB SA CUIT 30-66313737-5 (EN CASO DE OCURRIR ACCIDENTE EN EL MISMO PREDIO)
Cláusula de no modificación: "La presente póliza no podrá ser anulada, modificada o enmendada sin la previa comunicación por escrito a: CONVERFLEX ARGENTINA SA CUIT 30-70856246-3, CARTOCOR SA CUIT: 30-58673333-4, ARGENCRAFT SA CUIT: 30-70986609-1, RPB SA CUIT 30-66313737-5 (EN CASO DE OCURRIR ACCIDENTE EN EL MISMO PREDIO)

El pedido ha sido recibido exitosamente.

El presente mensaje no implica conformidad del contenido.

SWISS MEDICAL SEGUROS

FFPOL12

| Sección: | Póliza-Endoso: 862345-0 | Operación: RENOVACION AUTOMATICA |
|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | P. Vta: BUENOS AIRES | Renueva: 816786 |

| Vigencia: desde las 12:00 hs. del 22 Enero de 2025 hasta las 12:00 hs. del 22 Julio de 2025 | Emitida en : Buenos Aires el 15/01/2025 |
|---|---|

**Asegurado:** MIRET ARIEL GERARDO

**Domicilio:** CALLE ALVEAR 2029 2029 PB 2029 PB 2029 PB 2029 PB

3283 VILLA SAN JOSE ENTRE RIOS

**Cod. Aseg./Nro. Solicitud/Nro.Orden** 327608 / 1425135 / 492309 DNI - 26717219

**I.V.A.:** INSCRIPTO **Cuit Nro.:** 20-26717219-7

<1201425135>

## Riesgo Asegurado y Objeto del Seguro:

Item: 1

Descripción: ARIEL GERARDO MIRET 26717219 20/11/1978
Ubicación: REPUBLICA ARGENTINA
USO DE MOTO: NO

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

MUERTE E INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE
Suma Asegurada: $30,000,000.00

Cláusulas :

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

ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA
Suma Asegurada: $6,000,000.00

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:** ALLAUD MARCELO JOSE
**N° Matrícula Productor:** 62688

| Suma Asegurada | Valores expresados en | Prima Tarifa | Premio Total |
|---|---|---|---|
| 36,000,000.00 | Pesos 1.00 | 58,384.43 | 80,561.17 |

| Otros | Impuestos | Sellados | Rec. Financiero | Prima Pura | G.de Administración | G.de Adquisición |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0.00 | 14,516.70 | 653.91 | 7,006.13 | 39,035.84 | 8,757.66 | 10,590.93 |

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: 862345-0 | Operación: RENOVACION AUTOMATICA |
|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | P.Vta: BUENOS AIRES | |

| Vigencia: desde las 12:00 hs. del 22 Enero de 2025 hasta las 12:00 hs. del 22 Julio de 2025 | Emitida en : Buenos Aires el 15/01/2025 |
|---|---|

## Anexo al Frente de Póliza - Condiciones Particulares

AP IN ITINERE

Actividad declarada por el Tomador/Asegurado
El Tomador/Asegurado declara que la ocupación profesional / oficio del personal asegurado es:

Cláusula adicional de Asistencia Médica - Farmacéutica:

Este seguro cubre, hasta la suma prevista en las Condiciones Particulares, el reembolso de los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido razonablemente el asegurado prescripta por el facultativo con motivo de todo accidente cubierto por la póliza.
El asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales.
Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculado a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada.
Si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, el asegurado notificará sin dilación a cada uno de ellos, los demás contratos celebrados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad. Con esta salvedad, en caso de siniestro, el asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la ocurrencia de la indemnización debida.
El asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido.
El Asegurado participará en cada siniestro con una Franquicia Deducible de $ 3000.-, por evento por persona.

LIMITACION DEL AMBITO DE COBERTURA
Queda establecido y convenido que, no obstante cualquier disposición contraria inserta en las Condiciones Generales de la presente póliza, el Asegurador se obliga al pago de las prestaciones estipuladas en las Condiciones Particulares, únicamente en el caso de que la persona designada en las mismas como Asegurado, sufriera durante la vigencia del seguro algún accidente mientras se encuentre en el lugar y en ocasión del trabajo, desempeñando tareas enunciadas en la póliza.
La presente cobertura se amplía a cubrir cuando el daño se produzca en el trayecto entre el domicilio del Asegurado y su lugar de trabajo o viceversa, siempre que el recorrido no hubiera sido interrumpido en interés particular del trabajador, o por cualquier razón extraña al trabajo, siempre que dicho accidente fuere la causa originaria de su muerte o invalidez permanente, total o parcial y que las consecuencia del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del mismo.
Asimismo queda excluído de este seguro todo accidente ocurrido al Asegurado mientras viaje en otros medios de transporte que los indicados en la cláusula 3 de las Condiciones Generales o cuando tome parte en juegos, deportes o diversiones, aún en las horarios de trabajo.
Se deja expresa constancia de que la presente póliza no ampara las obligaciones emergentes de la Ley de Riesgos del Trabajo Nro. 24557 y sus reglamentaciones.

Límite de indemnización por acontecimiento que afecte a más de una persona, por todo concepto, incluyendo todas las personas aseguradas actualmente o incorporadas en el futuro a la póliza:

| Suma Asegurada Total de la Póliza | Límite Máximo por Evento |
|---|---|
| Menor o igual a $ 21.250.000.- | Suma asegurada total de la póliza |
| Mayor a $ 21.250.000.- y menor a $ 32.000.000.- | $ 21.250.000.- |
| Mayor o igual a $ 32.000.000.- | $ 32.000.000.- |

FORMAN PARTE DE LA PRESENTE POLIZA LAS CONDICIONES GENERALES PARA LOS SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES.

En caso de no declarar beneficiarios los mismos se consideraran a los herederos legales

ITEM: Nro 1 Benef: Herederos legales - Actividad: CHOFER DE CAMION

SWISS MEDICAL SEGUROS

# Factura

C.U.I.T.:30-50003196-0 I.V.A.:RESP. INSCRIPTO IMP. A LOS ING. BRUTOS NRO.:901-911829-4 - C.N.P.S.:013

**Sección:** ACCIDENTES PERSONALES

**Póliza:** 862345-0

**P.Vta:** BUENOS AIRES

**Operación:** RENOVACION AUTOMATICA

**Vigencia:** desde las 12:00 hs. del 22 Enero de 2025
hasta las 12:00 hs. del 22 Julio de 2025

**Emitida en :** Buenos Aires el 15/01/2025

**Asegurado:** MIRET ARIEL GERARDO
**Domicilio:** CALLE ALVEAR 2029 2029 PB 2029 PB 2029 PB 2029 PB
3283 VILLA SAN JOSE
**Cód. Asegurado:** 327608
**I.V.A.:** INSCRIPTO
**Cuit Nro.:** 20-26717219-7

| Prima | Otros | Recargo Financiero | Percepción IIBB(*) | Sellados |
|---|---|---|---|---|
| 58,384.43 | 0.00 | 7,006.13 | 0.00 | 653.91 |

| Total Gravado IVA | Monto de IVA | IVA 10.5% | Total no imponible del IVA |
|---|---|---|---|
| 65,390.56 | 13,732.02 | 0.00 | 1,438.59 |

| Otros Impuestos | Valores expresados en | PREMIO |
|---|---|---|
| 784.68 | Pesos | 80,561.17 |

**Productor/Organizador:** ALLAUD MARCELO JOSE
**N° Matrícula Productor:** 62688

## Plan de pago

| Cta. | Vencimiento | Importe |
|---|---|---|
| 1 | 29/01/2025 | 13,426.00 |
| 2 | 28/02/2025 | 13,426.00 |
| 3 | 28/03/2025 | 13,426.00 |
| 4 | 28/04/2025 | 13,426.00 |
| 5 | 28/05/2025 | 13,426.00 |
| 6 | 30/06/2025 | 13,431.17 |

| 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:

**Productor:** ALLAUD MARCELO JOSE
BOLSIN V ELISA

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA LA ENTIDAD

Red Pago Fácil / Rapipago

ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Póliza: 862345 Patente:
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 29/01/2025 | 13,426.00 | 1 |

Son: 13426

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo ☐ Cheque ☐ Banco: _____ Nº _____

0940020120086234500000101342600290125002024250100 8

**Clave para Pagos Electrónicos: 01200862345**

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA EL ASEGURADO

Av. Corrientes 1865 Planta Baja (C1045AAA) Bs. As.
Tel.5239-6300-Fax.5239-6301
CUIT 30-50003196-0-Imp.Internos:responsable
I.V.A.:RESPONSABLE INSCRIPTO
ING.BRUTOS CONV.MULTILAT.:901-91 1829-4

Patente:
ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Póliza: 862345
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 29/01/2025 | 13,426.00 | 1 |

Son: *TRECE MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS . Pes
Próximo Vencimiento:

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo Cheque Banco: _____ Nº _____

Este cupón será válido como pago, cuando tenga el sello y/o recibo electronico adjunto, de los bancos y entidades autorizados por la compañía.
El pago de esta cuota mantiene la vigencia de la Cobertura, sólo si las cuotas anteriores fueron Abonadas en tiempo y forma.

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA LA ENTIDAD

Red Pago Fácil / Rapipago

ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Póliza: 862345 Patente:
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 28/02/2025 | 13,426.00 | 2 |

Son: 13426

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo ☐ Cheque ☐ Banco: _____ Nº _____

0940020120086234500000201342600280225002024250100 8

**Clave para Pagos Electrónicos: 01200862345**

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA EL ASEGURADO

Av. Corrientes 1865 Planta Baja (C1045AAA) Bs. As.
Tel.5239-6300-Fax.5239-6301
CUIT 30-50003196-0-Imp.Internos:responsable
I.V.A.:RESPONSABLE INSCRIPTO
ING.BRUTOS CONV.MULTILAT.:901-91 1829-4

Patente:
ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Póliza: 862345
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 28/02/2025 | 13,426.00 | 2 |

Son: *TRECE MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS . Pes
Próximo Vencimiento:

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo Cheque Banco: _____ Nº _____

Este cupón será válido como pago, cuando tenga el sello y/o recibo electronico adjunto, de los bancos y entidades autorizados por la compañía.
El pago de esta cuota mantiene la vigencia de la Cobertura, sólo si las cuotas anteriores fueron Abonadas en tiempo y forma.

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA LA ENTIDAD

Red Pago Fácil / Rapipago

ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Póliza: 862345 Patente:
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 28/03/2025 | 13,426.00 | 3 |

Son: 13426

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo ☐ Cheque ☐ Banco: _____ Nº _____

0940020120086234500000301342600280325002024250100 3

**Clave para Pagos Electrónicos: 01200862345**

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA EL ASEGURADO

Av. Corrientes 1865 Planta Baja (C1045AAA) Bs. As.
Tel.5239-6300-Fax.5239-6301
CUIT 30-50003196-0-Imp.Internos:responsable
I.V.A.:RESPONSABLE INSCRIPTO
ING.BRUTOS CONV.MULTILAT.:901-91 1829-4

Patente:
ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Póliza: 862345
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 28/03/2025 | 13,426.00 | 3 |

Son: *TRECE MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS . Pes
Próximo Vencimiento:

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo Cheque Banco: _____ Nº _____

Este cupón será válido como pago, cuando tenga el sello y/o recibo electronico adjunto, de los bancos y entidades autorizados por la compañía.
El pago de esta cuota mantiene la vigencia de la Cobertura, sólo si las cuotas anteriores fueron Abonadas en tiempo y forma.

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA LA ENTIDAD

Red Pago Fácil / Rapipago

ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Póliza: 862345 Patente:
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 28/04/2025 | 13,426.00 | 4 |

Son: 13426

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo ☐ Cheque ☐ Banco: _____ Nº _____

0940020120086234500000401342600280425002024250100 8

**Clave para Pagos Electrónicos: 01200862345**

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA EL ASEGURADO

Av. Corrientes 1865 Planta Baja (C1045AAA) Bs. As.
Tel.5239-6300-Fax.5239-6301
CUIT 30-50003196-0-Imp.Internos:responsable
I.V.A.:RESPONSABLE INSCRIPTO
ING.BRUTOS CONV.MULTILAT.:901-91 1829-4

Patente:
ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Póliza: 862345
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 28/04/2025 | 13,426.00 | 4 |

Son: *TRECE MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS . Pes
Próximo Vencimiento:

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo Cheque Banco: _____ Nº _____

Este cupón será válido como pago, cuando tenga el sello y/o recibo electronico adjunto, de los bancos y entidades autorizados por la compañía.
El pago de esta cuota mantiene la vigencia de la Cobertura, sólo si las cuotas anteriores fueron Abonadas en tiempo y forma.

**Productor:** ALLAUD MARCELO JOSE
BOLSIN V ELISA

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA LA ENTIDAD

Red Pago Fácil / Rapipago

ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Póliza: 862345 Patente:
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 28/05/2025 | 13,426.00 | 5 |

Son: 13426

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo ☐ Cheque ☐ Banco: _____ Nº _____

0940020120086234500000501342600280525002024250100 3

**Clave para Pagos Electrónicos: 01200862345**

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA LA ENTIDAD

Red Pago Fácil / Rapipago

ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Póliza: 862345 Patente:
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 30/06/2025 | 13,431.17 | 6 |

Son: 13431.17

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo ☐ Cheque ☐ Banco: _____ Nº _____

0940020120086234500000601343117300625002024250100 6

**Clave para Pagos Electrónicos: 01200862345**

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA LA ENTIDAD

Red Pago Fácil / Rapipago

# ANULADO

ASEGURADO: Póliza:
Sección: Endoso:

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| | ANULADO | |

Son:

VIGENCIA: Hasta:
Efectivo ☐ Cheque ☐ Banco: _____ Nº _____

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA LA ENTIDAD

Red Pago Fácil / Rapipago

# ANULADO

ASEGURADO: Póliza:
Sección: Endoso:

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| | ANULADO | |

Son:

VIGENCIA: Hasta:
Efectivo ☐ Cheque ☐ Banco: _____ Nº _____

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA EL ASEGURADO

Av. Corrientes 1865 Planta Baja (C1045AAA) Bs. As.
Tel.5239-6300-Fax.5239-6301
CUIT 30-50003196-0-Imp.Internos:responsable
I.V.A.:RESPONSABLE INSCRIPTO
ING.BRUTOS CONV.MULTILAT.:901-91 1829-4

ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Patente:
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Póliza: 862345
Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 28/05/2025 | 13,426.00 | 5 |

Son: *TRECE MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS . Pes

Próximo Vencimiento:

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo Cheque Banco: _____ Nº _____

Este cupón será válido como pago, cuando tenga el sello y/o recibo electronico adjunto, de los bancos y entidades autorizados por la compañía.
El pago de esta cuota mantiene la vigencia de la Cobertura, sólo si las cuotas anteriores fueron Abonadas en tiempo y forma.

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA EL ASEGURADO

Av. Corrientes 1865 Planta Baja (C1045AAA) Bs. As.
Tel.5239-6300-Fax.5239-6301
CUIT 30-50003196-0-Imp.Internos:responsable
I.V.A.:RESPONSABLE INSCRIPTO
ING.BRUTOS CONV.MULTILAT.:901-91 1829-4

ASEGURADO: MIRET ARIEL GERARDO Patente:
Sección: ACCIDENTES PERSONALES Póliza: 862345
Endoso: 0

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| 30/06/2025 | 13,431.17 | 6 |

Son: *TRECE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UNO CO

Próximo Vencimiento:

VIGENCIA: 22/01/2025 Hasta: 22/07/2025
Efectivo Cheque Banco: _____ Nº _____

Este cupón será válido como pago, cuando tenga el sello y/o recibo electronico adjunto, de los bancos y entidades autorizados por la compañía.
El pago de esta cuota mantiene la vigencia de la Cobertura, sólo si las cuotas anteriores fueron Abonadas en tiempo y forma.

# ANULADO

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA EL ASEGURADO

Av. Corrientes 1865 Planta Baja (C1045AAA) Bs. As.
Tel.5239-6300-Fax.5239-6301
CUIT 30-50003196-0-Imp.Internos:responsable
I.V.A.:RESPONSABLE INSCRIPTO
ING.BRUTOS CONV.MULTILAT.:901-91 1829-4

ASEGURADO: Póliza:
Sección: Endoso:

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| | ANULADO | |

Son:

Próximo Vencimiento:

VIGENCIA: Hasta:
Efectivo Cheque Banco: _____ Nº _____

Este cupón será válido como pago, cuando tenga el sello y/o recibo electronico adjunto, de los bancos y entidades autorizados por la compañía.
El pago de esta cuota mantiene la vigencia de la Cobertura, sólo si las cuotas anteriores fueron Abonadas en tiempo y forma.

# ANULADO

SWISS MEDICAL SEGUROS COMPROBANTE DE PAGO PARA EL ASEGURADO

Av. Corrientes 1865 Planta Baja (C1045AAA) Bs. As.
Tel.5239-6300-Fax.5239-6301
CUIT 30-50003196-0-Imp.Internos:responsable
I.V.A.:RESPONSABLE INSCRIPTO
ING.BRUTOS CONV.MULTILAT.:901-91 1829-4

ASEGURADO: Póliza:
Sección: Endoso:

| FECHA DE VENCIMIENTO | IMPORTE A PAGAR | CUOTA |
|---|---|---|
| | ANULADO | |

Son:

Próximo Vencimiento:

VIGENCIA: Hasta:
Efectivo Cheque Banco: _____ Nº _____

Este cupón será válido como pago, cuando tenga el sello y/o recibo electronico adjunto, de los bancos y entidades autorizados por la compañía.
El pago de esta cuota mantiene la vigencia de la Cobertura, sólo si las cuotas anteriores fueron Abonadas en tiempo y forma.

SWISS MEDICAL SEGUROS

FFPOL12F

| Sección: | Póliza-Endoso: 862345-1 | Operación: SIN MOVIMIENTO DE PRIMA Y PREMIO |
|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | P. Vta: BUENOS AIRES | |
| Vigencia: desde las 12:00 hs. del 22 Enero de 2025 hasta las 12:00 hs. del 22 Julio de 2025 | | Emitida en : Buenos Aires el 15/01/2025 |

**Asegurado:** MIRET ARIEL GERARDO

**Domicilio:** CALLE ALVEAR 2029 2029 PB 2029 PB 2029 PB 2029 PB

3283 VILLA SAN JOSE ENTRE RIOS

**Cod. Aseg./Nro. Solicitud/Nro.Orden** 327608 / 1425314 / 4044479 DNI - 26717219

**I.V.A.:** INSCRIPTO **Cuit Nro.:** 20-26717219-7

<1201425314>

## Riesgo Asegurado y Objeto del Seguro:

Item: 1 ( MODIFICADO )

Descripción: ARIEL GERARDO MIRET 26717219 20/11/1978
Ubicación: REPUBLICA ARGENTINA
USO DE MOTO: NO

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

MUERTE E INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE
Suma Asegurada: $30,000,000.00

Cláusulas :

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

ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA
Suma Asegurada: $6,000,000.00

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:** ALLAUD MARCELO JOSE

**N° Matrícula Productor:** 62688

| 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: 862345-1 | Operación: SIN MOVIMIENTO DE PRIMA Y PREMIO |
|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | P.Vta: BUENOS AIRES | |
| Vigencia: desde las 12:00 hs. del 22 Enero de 2025 hasta las 12:00 hs. del 22 Julio de 2025 | | Emitida en : Buenos Aires el 15/01/2025 |

## Anexo al Frente de Póliza - Condiciones Particulares

Beneficiario en primer término: RPB SA CUIT 30-66313737-5

Cláusula de no repetición a favor de: RPB SA CUIT 30-66313737-5

Cláusula de no modificación: "La presente póliza no podrá ser anulada, modificada o enmendada sin la previa comunicación
por escrito a: RPB SA CUIT 30-66313737-5