CUIP: 03301000000000000000000000000065334900000000000099204068883640-10000075001100000750010000071

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 5 de Agosto de 2025

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 653349 | 0 | Desde las 12:00 Hs. del 05/08/2025<br>Hasta las 12:00 Hs. del 05/02/2026 |

**Datos del Tomador/Asegurado**

Nombre y Apellido / Razón Social : ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL — Cod. Aseg.: 2665780
Domicilio : BELTRAN 935
Localidad: 5600 SAN RAFAEL — Provincia : MENDOZA
DNI : 40688836 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

**PRODUCTOR:** 8750 CORIA CESAR ARIEL **MATRÍCULA N°SSN:** 75001 **CASILLERO:** BMZ

**MODO DE FACTURACIÓN:** SEMESTRAL

## FRENTE DE PÓLIZA

CANTIDAD TOTAL DE RIESGOS CUBIERTOS: 1 VIDA/S.

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL DNI 40688836 Fec.Nac: 02/10/1997
ACTIVIDAD : CHOFER/ACOMPAÑANTE DE CAMION REGIONAL HASTA 300 KM DE SU DOMICILIO (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 ----------> $ 10.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 10.000.000,00
ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA ----------> $ 5.000.000,00

FRANQUICIAS :
Franquicia Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 1.500,00 (Pesos Mil Quinientos) con relación a la Suma Asegurada.
INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 1.632.576,00

LIMITE DE INDEMNIZACION POR ACONTECIMIENTO: $ 150.000.000.-

| MONEDA | PRIMA | REC.ADMINISTR. | REC. FINANCIERO | DER.EMISION | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| $ | 31.617,47 | 0,00 | 2.529,40 | 0,00 | 34.146,87 |

| T.SUP. + S.S. | INT. + SELL. | I.V.A. (*) | R.G. 3337 | IVA RFI (*) | I.BRUTOS | Ley 26363 | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 375,61 | 460,99 | 6.639,67 | 0,00 | 531,17 | 0,00 | 0,00 | 42.154,31 |

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

| FORMA DE PAGO | VENCIMIENTO 1° CUOTA |
|---|---|
| PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0002665780 | 05/08/2025 |

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********** **********

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 5 de Agosto de 2025

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 653349 | 0 | Desde las 12:00 Hs. del 05/08/2025<br>Hasta las 12:00 Hs. del 05/02/2026 |

## CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

EN CASO QUE, LA SUMA DE LOS CAPITALES ASEGURADOS POR PERSONA SEA MENOR A $ 150.000.000.- SE TOMARA DICHA SUMA.

PLAN DE PAGOS

| CUOTA | FEC.VENCTO. | IMPORTE |
|---|---|---|
| 1 | 05/08/2025 | 8.430,31 |
| 2 | 05/09/2025 | 8.431,00 |
| 3 | 05/10/2025 | 8.431,00 |
| 4 | 05/11/2025 | 8.431,00 |
| 5 | 05/12/2025 | 8.431,00 |

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 5 de Agosto de 2025

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 653349 | 0 | Desde las 12:00 Hs. del 05/08/2025<br>Hasta las 12:00 Hs. del 05/02/2026 |

## 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 30-66313737-5
MTR S.A. CUIT 30-71013314-6
DURLOK S.A. CUIT 30-55281616-8
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 |
|---|---|---|---|---|
| ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL | 00653349 | 00000000 | 05/08/2025 | 05/02/2026 |

Dirección: BELTRAN 935
5600 - SAN RAFAEL, MENDOZA

CUIT
20406888364

**Datos Personales del Asegurado**

| | Fecha Nacimiento | Tipo y Nº de Documento |
|---|---|---|
| ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL | 02/10/1997 | DNI 40688836 |

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 05/08/2025 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 | $ 10.000.000,00 | 0 | 0 | 0 |
| INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERM. | $ 10.000.000,00 | 0 | 0 | 0 |
| ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA | $ 5.000.000,00 | 0 | 0 | 0 |
| ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL | $ 1.632.576,00 | 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 30-66313737-5
MTR S.A. CUIT 30-71013314-6
DURLOK S.A. CUIT 30-55281616-8
 Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.
Emitido en , 05 de Agosto 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

PARANA SEGUROS

CDAD.DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: /
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30500057102

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

**Cod. Pago electrónico** 0002665780 | **Vencimiento** 05/08/2025

**Asegurado** ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL

**Domicilio** BELTRAN 935

5600 SAN RAFAEL MENDOZA

**Productor** 8750 CORIA CESAR ARIEL

**Próximo Vencimiento: 05/09/2025**

| Rama | Póliza | Endoso | Imp. Cuota | Patente |
|---|---|---|---|---|
| 12 | 00653349 | 00000000 | $ 8.430,31 | |

**Recibo:** / **Recibo:**

**Cuota Número:** 01 de 05

**Ef.:** ☐ **CH.:** ☐ **Bco.:** _____ **Nro.:** _____

El pago efectuado en esta fecha no rehabilitará la cobertura suspendida, sino a partir de las 0 (cero) horas del dia posterior al pago. Previa inspección en un centro autorizado por la Compañía. Las entidades aseguradoras sólo podrán considerar cumplida la obligación de pago de premio de los contratos de seguros cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas habilitados (Medios Electrónicos, Ent. Bancarias, etc.)

**Fecha cobro:** _____ **Hora:** _____

**COPIA PARA EL CLIENTE**

PARANA SEGUROS

CDAD.DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: /
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30500057102

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

**Cod. Pago electrónico** 0002665780 | **Vencimiento** 05/08/2025

**Asegurado** ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL

**Domicilio** BELTRAN 935

5600 SAN RAFAEL MENDOZA

**Productor** 8750 CORIA CESAR ARIEL

**Próximo Vencimiento: 05/09/2025**

| Rama | Póliza | Endoso | Imp. Cuota | Patente |
|---|---|---|---|---|
| 12 | 00653349 | 00000000 | $ 8.430,31 | |

**Recibo:** / **Recibo:**

**Cuota Número:** 01 de 05

**Ef.:** ☐ **CH.:** ☐ **Bco.:** _____ **Nro.:** _____



09433000843031252460120065334900000000107

**EXCLUSIVO PARA EL ENTE RECAUDADOR**

PARANA SEGUROS

CDAD.DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: /
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30500057102

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

**Cod. Pago electrónico** 0002665780 | **Vencimiento** 05/09/2025

**Asegurado** ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL

**Domicilio** BELTRAN 935

5600 SAN RAFAEL MENDOZA

**Productor** 8750 CORIA CESAR ARIEL

**Próximo Vencimiento: 05/10/2025**

| Rama | Póliza | Endoso | Imp. Cuota | Patente |
|---|---|---|---|---|
| 12 | 00653349 | 00000000 | $ 8.431,00 | |

**Recibo:** / **Recibo:**

**Cuota Número:** 02 de 05

**Ef.:** ☐ **CH.:** ☐ **Bco.:** _____ **Nro.:** _____

El pago efectuado en esta fecha no rehabilitará la cobertura suspendida, sino a partir de las 0 (cero) horas del dia posterior al pago. Previa inspección en un centro autorizado por la Compañía. Las entidades aseguradoras sólo podrán considerar cumplida la obligación de pago de premio de los contratos de seguros cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas habilitados (Medios Electrónicos, Ent. Bancarias, etc.)

**Fecha cobro:** _____ **Hora:** _____

**COPIA PARA EL CLIENTE**



09433000843100252760120065334900000000202

**EXCLUSIVO PARA EL ENTE RECAUDADOR**

PARANA SEGUROS

CDAD.DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: /
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30500057102

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

**Cod. Pago electrónico** 0002665780 | **Vencimiento** 05/10/2025

**Asegurado** ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL

**Domicilio** BELTRAN 935

5600 SAN RAFAEL MENDOZA

**Productor** 8750 CORIA CESAR ARIEL

**Próximo Vencimiento: 05/11/2025**

| Rama | Póliza | Endoso | Imp. Cuota | Patente |
|---|---|---|---|---|
| 12 | 00653349 | 00000000 | $ 8.431,00 | |

**Recibo:** / **Recibo:**

**Cuota Número:** 03 de 05

**Ef.:** ☐ **CH.:** ☐ **Bco.:** _____ **Nro.:** _____

El pago efectuado en esta fecha no rehabilitará la cobertura suspendida, sino a partir de las 0 (cero) horas del dia posterior al pago. Previa inspección en un centro autorizado por la Compañía. Las entidades aseguradoras sólo podrán considerar cumplida la obligación de pago de premio de los contratos de seguros cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas habilitados (Medios Electrónicos, Ent. Bancarias, etc.)

**Fecha cobro:** _____ **Hora:** _____

**COPIA PARA EL CLIENTE**



09433000843100253070120065334900000000300

**EXCLUSIVO PARA EL ENTE RECAUDADOR**

PARANA SEGUROS

CDAD.DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: /
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30500057102

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

**Cod. Pago electrónico** 0002665780 | **Vencimiento** 05/11/2025

**Asegurado** ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL

**Domicilio** BELTRAN 935

5600 SAN RAFAEL MENDOZA

**Productor** 8750 CORIA CESAR ARIEL

**Próximo Vencimiento: 05/12/2025**

| Rama | Póliza | Endoso | Imp. Cuota | Patente |
|---|---|---|---|---|
| 12 | 00653349 | 00000000 | $ 8.431,00 | |

**Recibo:** / **Recibo:**

**Cuota Número:** 04 de 05

**Ef.:** ☐ **CH.:** ☐ **Bco.:** _____ **Nro.:** _____

El pago efectuado en esta fecha no rehabilitará la cobertura suspendida, sino a partir de las 0 (cero) horas del dia posterior al pago. Previa inspección en un centro autorizado por la Compañía. Las entidades aseguradoras sólo podrán considerar cumplida la obligación de pago de premio de los contratos de seguros cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas habilitados (Medios Electrónicos, Ent. Bancarias, etc.)

**Fecha cobro:** _____ **Hora:** _____

**COPIA PARA EL CLIENTE**

PARANA SEGUROS

CDAD.DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: /
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30500057102

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

**Cod. Pago electrónico** 0002665780 | **Vencimiento** 05/11/2025

**Asegurado** ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL

**Domicilio** BELTRAN 935

5600 SAN RAFAEL MENDOZA

**Productor** 8750 CORIA CESAR ARIEL

**Próximo Vencimiento: 05/12/2025**

| Rama | Póliza | Endoso | Imp. Cuota | Patente |
|---|---|---|---|---|
| 12 | 00653349 | 00000000 | $ 8.431,00 | |

**Recibo:** / **Recibo:**

**Cuota Número:** 04 de 05

**Ef.:** ☐ **CH.:** ☐ **Bco.:** _____ **Nro.:** _____



09433000843100253370120065334900000000406

**EXCLUSIVO PARA EL ENTE RECAUDADOR**

PARANA SEGUROS

CDAD.DE BUENOS AIRES
TEL/FAX: /
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30500057102

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

**Cod. Pago electrónico** 0002665780 | **Vencimiento** 05/12/2025

**Asegurado** ZAMBINELLI SANCHEZ LUIS MIGUEL

**Domicilio** BELTRAN 935

5600 SAN RAFAEL MENDOZA

**Productor** 8750 CORIA CESAR ARIEL

**Prox. Vencimiento / Vig. de la Póliza: 05/02/2026**

| Rama | Póliza | Endoso | Imp. Cuota | Patente |
|---|---|---|---|---|
| 12 | 00653349 | 00000000 | $ 8.431,00 | |

**Recibo:** / **Recibo:**

**Cuota Número:** 05 de 05

**Ef.:** ☐ **CH.:** ☐ **Bco.:** _____ **Nro.:** _____

El pago efectuado en esta fecha no rehabilitará la cobertura suspendida, sino a partir de las 0 (cero) horas del dia posterior al pago. Previa inspección en un centro autorizado por la Compañía. Las entidades aseguradoras sólo podrán considerar cumplida la obligación de pago de premio de los contratos de seguros cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas habilitados (Medios Electrónicos, Ent. Bancarias, etc.)

**Fecha cobro:** _____ **Hora:** _____

**COPIA PARA EL CLIENTE**



09433000843100260020120065334900000000500

**EXCLUSIVO PARA EL ENTE RECAUDADOR**

**INUTILIZADO**

**INUTILIZADO**

mercado pago

Comprobante de pago
#132795078135

Pagaste a

# Paraná Seguros

Total pagado

# $ 8.431,00

Detalle de operación

| | |
|---|---|
| Valor de la factura | $ 8.431,00 |
| Total pagado | $ 8.431,00 |

Código de barras
09433000843100253370120065334900000000406

Número de transacción
100729068

| Pagador | Fecha de pago |
|---|---|
| YAMILA | 11/11/2025 11:11:52 |

Si bien se respetará la fecha de pago emitida en este comprobante, la empresa puede demorar hasta 48 horas hábiles en verlo reflejado. Encontrá más información en la sección Ayuda de Cuentas y servicios.

Si necesitás contactarte con Pago Fácil para realizar alguna consulta sobre tu pago, llamá al 0800-444-3224 o ingresá en www.pagofacil.com.ar.

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL *** Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As. Comprobante de pago de: Parana Seguros Maipu 215 - (C1084ABE) Bs. As. N CUIT 30-50005710-2 6149 L26002 11/11/2025 11:11:53 POLIZA N 330-012-00653349-000000-04 Sucursal N 000 9549FA5F 458 $$$$$$$$$8431,00 ESTE COMPROBANTE ES VALIDO, SOLO SI TODOS SUS DATOS SE CORRESPONDEN CON LOS DE LA FACTURA. 09433000843100253370120065334900000 0406

Con el apoyo de