CARUSO COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.
Av. M. T. de Alvear 328 (5001) Córdoba, Argentina
(0351) 426-8888
CUIT: 30-51830942-7
Condición frente al IVA: Responsable Inscripto

ANEXO DE POLIZA

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA	
			Desde las 00 hs.	Hasta las 24 hs.
12 - ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL	200.224	0	26/12/2025	25/12/2026

CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

Conste por la presente que CARUSO COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición y/o subrogación cont

Empresa/Persona	CUIT/DNI
R P B S. A.	30-66313737-5

Sus funcionarios, empleados u obreros, por cualquier norma jurídica con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal alcanzado por la cobertura de la presente póliza por algún accidente ocurrido en sus plantas a consecuencia de su trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo. La presente cláusula cesará en sus efectos si las empresas arriba mencionadas no cumplen estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringen la ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo Nº 19.587 y su decreto reglamentario Nº 351/79"

ITEM NRO: 1

PARED, PEREYRA DANIEL MAXIMILIA - DNI 37.641.944
Domicilio: EVA PERON 554 5345 Los Morteros (fiambala-dpto. Tinogasta)(Catamarca)
Condicion Fiscal: Consumidor Final

COBERTURA: 12.12 - AP 24HS (con franquicia de $3500 en RGM)

DESCRIPCIÓN	FRANQUICIA	LIMITE	TASA	SUMA ASEGURADA
INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE			0,45	$ 5.000.000,00
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS	FIJA $3500		6,32	$ 500.000,00
MUERTE ACCIDENTAL			0,65	$ 5.000.000,00
REEMBOLSO DE GASTOS POR PRÓTESIS Y ÓRTESIS			0,36	$ 500.000,00

OCUPACIÓN: Choferes (camiones/ómnibus/ambulancias)

TIPO DE BENEFICIARIO: Herederos Legales

BENEFICIARIO	PORCENTAJE
Herederos Legales	100%

COBERTURA: 12.12 - AP 24HS (con franquicia de $3500 en RGM)

DESCRIPCIÓN	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE	69	75
MUERTE ACCIDENTAL	69	75
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS	69	75
REEMBOLSO DE GASTOS POR PRÓTESIS Y ÓRTESIS	69	75

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

CE-11/12-2 - Condición Específica de Invalidez Permanente-Total y Parcial

En caso de que la solicitud de incorporación sea aceptada, el/los asegurados sólo tendrán la cobertura en los riesgos contratados, los que constaran en el certificado de incorporación correspondiente y formarán parte integrante de las condiciones de contratación del presente seguro.

Cordoba, 26/12/2025

DETALLE DE DEUDA

PEREYRA JONATHAN ROBERTO PARED - Consumidor Final CUIT 27353905673
DOMICILIO: EVA PERON 554 - (5345) - TINOGASTA,

PÓLIZA Nº 168.378 - ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
VIGENCIA DEL CONTRATO
DESDE LAS 00 hs. del 19/06/2025 HASTA las 24 hs. del 19/06/2026

Se deja constancia que al día de la fecha la póliza mencionada precedentemente no posee deuda exigible pendiente de pago.

Se extiende el presente certificado para ser presentado ante quien corresponda.

Sin otro particular, saludamos atentamente.

Arq. Oscar Eduardo Curet

Sr. Rodolfo Gustavo Huergo

CARUSO COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.
Av. M. T. de Alvear 328 (5001) Córdoba, Argentina
(0351) 426-8888
CUIT: 30-51830942-7
Condición frente al IVA: Responsable Inscripto

FRENTE DE POLIZA

Entre CARUSO COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. (en adelante "el Asegurador") y el Solicitante (en adelante "el Asegurado o Tomador") se conviene en celebrar este contrato de Seguro de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

Póliza Nueva

TOMADOR
PARED, PEREYRA JONATHAN ROBERTO **EVA PERON 554** **(5345) - TINOGASTA** **Consumidor Final CUIT/CUIL - 27-35390567-3** **EMAIL: jonathanparedpereyra@gmail.com**

POLIZA Nº	ENDOSO Nº	FEC. EMISION	LUGAR
168.378	0	19/06/2025	Cordoba
PERIODO FACTURADO		**VIGENCIA DEL CONTRATO**	
Desde las 00 hs.	**Hasta las 24 hs.**	**Desde las 00 hs.**	**Hasta las 24 hs.**
19/06/2025	19/06/2026	19/06/2025	19/06/2026
TIPO DE FACTURACION			
ANUAL			

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS

ASEGURADOS: Nº DE ITEMS 1, DETALLADOS EN LA NOMINA ADJUNTA

COBERTURAS	Ver Frente Anexo	CANT. VIDAS
11.7	ACCIDENTES PERSONALES (M)	1

CLAUSULAS

LAS FECHAS DEL VENCIMIENTO PARA EL PAGO DEL PREMIO SON

1) **07/07/2025 20.438,49**

Forma de Pago: Efectivo

Sujeto a modificación en caso de variación de la suma asegurada.

MONEDA	SUMA ASEGURADA	PRIMA	RECARGO FINANCIERO	SELLADOS
($)	5.500.000,00	16.739,14		
I.V.A.	**IMPUESTOS**	**PERC. IIBB CATAMARCA**	**OTROS GASTOS**	**PREMIO**
21.00%				**20.438,49**

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

DIFERENCIA ENTRE PROPUESTA Y PÓLIZA: 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 que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.carusoseguros.com.ar. En caso de que el reclamo 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, corrreo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.

El Asegurado o Tomador podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original de la presente póliza.

Medios Habilitados de Pago de Premios (Anexo W):

Los únicos sistemas habilitados para pagar 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 NACIÓN.

b. Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N°21.526.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación , MEDIANTE PROVEÍDO 118.761 DEL 17 DE FEBRERO DE 2014

PRODUCTOR: ROBLES MARIA ALEJANDRA
EMAIL: oficina.deseguros@hotmail.com

MATRICULA: 67.422

Oscar Eduardo Curet
Director

Para consultas o reclamos, comunicarse con Caruso Seguros al 0800-444-4445