30 | Beneficio
Compañía de Seguros

Organizador	80339	**SECC.**	10	10 - ACCIDENTES PERSONALES	
Productor	31691	**POLIZA**	00770716	**ENDOSO**	00000000

TOMADOR: ESPONDA ANTONIO LEONAR

Domicilio: CEPEDA 1718, GUALEGUAYCHU, ENTRE RIOS.

ESPONDA ANTONIO LEONARDO RAMON

Pago Elec. Mis cuentas: 20259375097 **Link:** 20259375097

Cuota	Vencimiento	Importe
01 de 04	28/12/2025	5.231,56

0945550101000770716000012812250005231562

Nro. Cheque: _____ **Banco:** _____ **Importe:** _____

Medios de pago habilitados:
Banco Nación Argentina, Pago Fácil, Rapipago, PagoMisCuentas, Mercado Pago, Cobre Express, Redlink, MacroClick.

Talon válido únicamente con recibo adjunto de la Empresa Recaudadora - La aceptación del presente pago no implica renunciar u oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por condiciones de la póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: 22/01/26

ASEGURADO

FEDERICO BELTZER
Productor Asesor de Seguros

30 años | Beneficio
Compañía de Seguros

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 26/12/2025

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 2 de Diciembre de 2025

CUIP: 05552010010000000000000000000077071600000000000992025937509 76-10000051834100000060139000059

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	770716	0	Desde las 00:00 Hs. del 28/12/2025 Hasta las 00:00 Hs. del 28/04/2026

ASEGURADO: ESPONDA ANTONIO LEONARDO
Domicilio : CEPEDA 1718
Localidad: (2820) GUALEGUAYCHU
Provincia : ENTRE RIOS

Cod. Aseg.: 216162

CUIL/CUIT : 20259375097
Condición de IVA de la Operación : CONSUMIDOR FINAL

PRODUCTOR: 31691 MONTEFINALE SONIA VIVI **MATRÍCULA N°SSN** 51834

MODO DE FACTURACIÓN: CUATRIMESTRAL **OPERACIÓN:** RENOVACION

FRENTE DE PÓLIZA

PERIODO DE FACTURACION DESDE: 28 de Agosto de 2024
PERIODO DE FACTURACION HASTA: 28 de Diciembre de 2024

RAMA: 10 - 10 - ACCIDENTES PERSONALES

TIPO DE POLIZA: AP COTIZADOR LAB + I - SIN MOTO

PRODUCTO: AP COTIZADOR PRESTACIONAL

Clausulas adicionales hasta 69 años de edad.

Protesis prestacionales estaran cubiertas hasta la suma indicada en la cobertura. El remanente seran cubierto por reintregro

MONEDA	PRIMA		REC. FINANCIERO		SUB TOTAL
$	16.999,33		0,00		16.999,33

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A. (*)	R.G. 3337	IVA RFI	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
187,00	169,99	3.569,86	0,00	0,00	0,00	0,00	20.926,18

HABILITADO

FORMA DE PAGO	CÓD. PAGOS LINK/BANELCO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL	20259375097	28/12/2025

Las condiciones generales anexas y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza. PÓLIZA RENOVADA 758230 0

CGC.-AP CLA-INT CLACP CLA-BEN-TO CGE-SC CGE-A-LTI COB-MUERTE COB-IP-TYP CB-SVMED-P COB-RENI-D**********
****
****
****

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

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

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.

BENEFICIO S.A. - Casa Central: Av. Leando N. Alem 584 Piso 12 (C1001AAN) Ciudad Autónom de Bs. As. - Tel./Fax: (011) 5236-4300.
C.U.I.T.: 30-68082752-0 I.V.A. Responsable Inscripto - Ing. Brutos C. Mult: 901-173046-6.

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	770716	0	Desde las 00:00 Hs. del 28/12/2025 Hasta las 00:00 Hs. del 28/04/2026

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

hasta la suma asegurada de AMF y dentro de dicha cobertura.

CANTIDAD TOTAL DE VIDAS: 1

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:

EDAD MINIMA DE INGRESO: 18 AÑOS

EDAD MAXIMA DE INGRESO: 69 AÑOS

EDAD LIMITE DE PERMANENCIA: 75 AÑOS

UBICACION DE LAS TAREAS: JUAN MANUEL DE ROSAS 2249 - 2000 - ROSARIO

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

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 SOLO CUBRE AL ASEGURADO DURANTE EL DESEMPEÑO DE SUS TAREAS LABORALES INCLUSO EL TRASLADO IN-ITINERE

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.

PERIODO DE FACTURACION DESDE: 28 de Diciembre de 2025
PERIODO DE FACTURACION HASTA: 28 de Abril de 2026

RAMA: 10 - 10 - ACCIDENTES PERSONALES

TIPO DE POLIZA: AP COTIZADOR LAB + IN ITINERE - SIN USO MOTO

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 2 de Diciembre de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	770716	0	Desde las 00:00 Hs. del 28/12/2025 Hasta las 00:00 Hs. del 28/04/2026

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

ACTIVIDADES:
CHOFER DE CAMION/OMNIBUS/FLETE/TAXI/REMISE/GRUAS/TRACTOR/RETROEXCAVADORA(3)

PRODUCTO: AP COTIZADOR PRESTACIONAL

Clausulas adicionales hasta 69 años de edad.

Protesis prestacionales estaran cubiertas hasta la suma indicada en la cobertura. El remanente seran cubierto por reintregro hasta la suma asegurada de AMF y dentro de dicha cobertura.

CANTIDAD TOTAL DE VIDAS: 1

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:
EDAD MINIMA DE INGRESO: 0 AÑOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO: 0 AÑOS
EDAD LIMITE DE PERMANENCIA: 0 AÑOS

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

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 SOLO CUBRE AL ASEGURADO DURANTE EL DESEMPEÑO DE SUS TAREAS LABORALES INCLUSO EL TRASLADO IN-ITINERE

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.

BENEFICIARIO EN PRIMER TERMINO:
30663137375 // RPB S.A
30663137375 // RPB S.A

DONDE SE HALLE DESEMPE¥ANDO LAS TAREAS INHERENTES AL RIESGO CUBIERTO EN EL MOMENTO DEL INFORTUNIO Y/O SINIESTRO.-

CLAUSULA DE NO REPETICION:
30663137375 // RPB S.A
30663137375 // RPB S.A

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 2 de Diciembre de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	770716	0	Desde las 00:00 Hs. del 28/12/2025 Hasta las 00:00 Hs. del 28/04/2026

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	28/12/2025	5.231,56
2	28/01/2026	5.231,54
3	28/02/2026	5.231,54
4	28/03/2026	5.231,54

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 2 de Diciembre de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	770716	0	Desde las 00:00 Hs. del 28/12/2025 Hasta las 00:00 Hs. del 28/04/2026

Detalle de Coberturas	Capital Asegurado
MUERTE ACCIDENTAL	$ 10.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERM. POR AC	$ 10.000.000,00
AMF MEDICAR MAXIMO(TOPE PROTESIS 70.000)	$ 100.000.000,00
SEPELIO POR ACCID REINTEGRO O PRESTACION	$ 1.632.576,00
RENTA POR INTERNACION POR ACC (DIARIA)	$ 20.000,00
LLAMANDO AL DR. INCLUIDO	$ 1,00