CUIP: 033010000000000000000000000006645950000000000011520234958675 2-10000086470100000086470000079

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 02/12/2025

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 2 de Diciembre de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	664595	446816	Desde las 12:00 Hs. del 02/12/2025 Hasta las 12:00 Hs. del 15/04/2026

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : AGUILERA ROBERTO — Cod. Aseg.: 2136914
Domicilio : COMANDANTE TORRES 4150
Localidad: 5573 CIUDAD DE JUNIN — Provincia : MENDOZA
CUIT : 20234958675 — Condición de IVA : IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

PRODUCTOR: 10834 MUCARCEL EMILIO RAMON **MATRÍCULA N°SSN:** 86470 **CASILLERO:** BMZ

MODO DE FACTURACIÓN: SEMESTRAL

FRENTE DE PÓLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE PROCEDE A LA MODIFICACION DE LOS SIGUIENTES RIESGOS CUBIERTOS:

DETALLE DE RIESGOS MODIFICADOS VIGENTE A PARTIR DEL 2 DE DICIEMBRE DE 2025

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

AGUILERA MATIAS CONSTANCIO DNI 44625666 Fec.Nac: 26/11/2002
ACTIVIDAD : CHOFER/ACOMPAÑANTE DE CAMION NACIONAL (INCLUYE CARGA Y DESCARGA DE MERCADERIA)
BENEFICIARIOS: EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA.
AMBITO DE LA COBERTURA: REPUBLICA ARGENTINA, HORARIO LABORAL E IN ITINERE.

DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL ----------> $ 50.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL Y PERMANENTE ----------> $ 50.000.000,00
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
EL RESTO DE LAS CONDICIONES DE LA POLIZA NO SE MODIFICAN

MONEDA	PRIMA	REC.ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER.EMISION	SUB TOTAL
$	37.445,21	0,00	2.995,62	0,00	40.440,83

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI (*)	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
444,84	545,95	7.863,49	0,00	629,08	0,00	0,00	49.924,19

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0002136914	15/01/2026

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

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

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

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".

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 02/12/2025

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 2 de Diciembre de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	664595	446816	Desde las 12:00 Hs. del 02/12/2025 Hasta las 12:00 Hs. del 15/04/2026

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	15/01/2026	24.962,19
2	15/02/2026	24.962,00

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 02/12/2025

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 2 de Diciembre de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	664595	446816	Desde las 12:00 Hs. del 02/12/2025 Hasta las 12:00 Hs. del 15/04/2026

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:Marolio sa cuit 30/71130359/2
R.P.B S.A. CUIT 30/66313737/5
FECOVITA COOP LTDA. CUIT 30/63459562/3
MAROLIO SA CUIT 30/71130359/2
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.