PARANA SEGUROS

CUIP: 03301000000000000000000000000684640000000000009920204529419 1-10000075001100000750010000 71

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 16 de Marzo de 2026

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	684640	0	Desde las 12:00 Hs. del 16/03/2026 Hasta las 12:00 Hs. del 16/09/2026

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : ARRECEYGOR ALFREDO DARIO Cod. Aseg.: 1884178
Domicilio : CHUBUT 1380

Localidad: 5600 SAN RAFAEL Provincia : MENDOZA

CUIT : 20204529419 Condición de IVA: RESPONSABLE INSCRIPTO

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 : ARRECEYGOR ALFREDO DARIO DNI

20452941 Fec.Nac: 02/10/1968

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: 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 ----------> $ 2.071.300,00

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

MONEDA	PRIMA	REC.ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER.EMISION	SUB TOTAL
$	51.062,37	0,00	4.084,99	0,00	55.147,36

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI (*)	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
606,62	744,49	10.723,10	0,00	857,85	0,00	0,00	68.079,42

FORMA DE PAGO VENCIMIENTO 1° CUOTA

PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0001884178 16/03/2026

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

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. .

Parana S.A. de Seguros CUIT 30-50005710-2, Maipú 215 6º Piso (C1084ABE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Tel.:(5411)4320-0000 Fax:(5411)4320-0020, www.paranaseguros.com.ar

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 16 de Marzo de 2026

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	684640	0	Desde las 12:00 Hs. del 16/03/2026 Hasta las 12:00 Hs. del 16/09/2026

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	16/03/2026	13.615,42
2	16/04/2026	13.616,00
3	16/05/2026	13.616,00
4	16/06/2026	13.616,00
5	16/07/2026	13.616,00

* *
* *
* *

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 16 de Marzo de 2026

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	684640	0	Desde las 12:00 Hs. del 16/03/2026 Hasta las 12:00 Hs. del 16/09/2026

CLÁUSULA DE SUBROGACIÓN Y DE BENEFICIARIO EN PRIMER T

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 Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS. CONFORME A LO PREVISTO EN LA CLAUSULA ADICIONAL NRO. 52 SE DESIGNA COMO BENEFICIARIO EN PRIMER TÉRMINO A:

RPB S.A. CUIT 30-66313737-5

DICHA DESIGNACIÓN SE ENCUENTRA CONDICIONADA A QUE EL ASEGURADO SOBRE EL CUAL RECAE EL RIESGO SE ENCUENTRE PRESTANDO SERVICIO PARA DICHA EMPRESA Y/O PERSONA FISICA AL MOMENTO DE PRODUCIRSE EL HECHO Y HASTA LA SUMA POR LA QUE ESTA ULTIMA DEBA RESPONDER ANTE EL O SUS DERECHO HABIENTES PARA HACER FRENTE A SU RESPONSABILIDAD CIVIL. SI EXISTIERA REMANENTE ANTE LA SUMA ASEGURADA Y EL VALOR DE LA RESPONSABILIDAD DETERMINADA, EL MISMO SERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO DESIGNADO POR EL ASEGURADO O SUS HEREDEROS LEGALES.

PARANA SEGUROS

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000001

Datos del Tomador Póliza Nº Endoso Nº Contratado por 00684640 00000000
ARRECEYGOR ALFREDO DARIO

Dirección: CHUBUT 1380
5600 - SAN RAFAEL, MENDOZA

Inicio Vigencia Póliza Fin Vigencia Póliza
16/03/2026 16/09/2026

CUIT
20204529419

Datos Personales del Asegurado

Tipo y Nº de Documento
DNI 20452941

Fecha Nacimiento

ARRECEYGOR ALFREDO DARIO 02/10/1968

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 16/03/2026 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	$ 2.071.300,00	0	0	0

Beneficiarios

EL TOMADOR DE LA POLIZA EN LOS TERMINOS DEL ANEXO NRO.71 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE POLIZA

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

Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.

CONFORME A LO PREVISTO EN LA CLAUSULA ADICIONAL NRO. 52 SE DESIGNA COMO BENEFICIARIO EN PRIMER TÉRMINO A:
RPB S.A. CUIT 30-66313737-5

DICHA DESIGNACIÓN SE ENCUENTRA CONDICIONADA A QUE EL ASEGURADO SOBRE EL CUAL RECAE EL RIESGO SE ENCUENTRE PRESTANDO SERVICIO PARA DICHA EMPRESA Y/O PERSONA FISICA AL MOMENTO DE PRODUCIRSE EL HECHO Y HASTA LA SUMA POR LA QUE ESTA ULTIMA DEBA RESPONDER ANTE EL O SUS DERECHO HABIENTES PARA HACER FRENTE A SU RESPONSABILIDAD CIVIL.
SI EXISTIERA REMANENTE ANTE LA SUMA ASEGURADA Y EL VALOR DE LA RESPONSABILIDAD DETERMINADA, EL MISMO SERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO DESIGNADO POR EL ASEGURADO O SUS HEREDEROS LEGALES. Emitido en , 16 de Marzo de 2026

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