EXPERTA SEGUROS
Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880



# ACCIDENTES PERSONALES

**Datos del Tomador**

| Contratado por | Póliza Nº | Endoso Nº | Inicio Vigencia Póliza | Fin Vigencia Póliza |
|---|---|---|---|---|
| MARCON,MARIO RAUL | 00106512 | 00000000 | 01/04/2026 | 01/04/2027 |

Dirección: CALLE DOS LOTES ROMEO 368
5570 - SAN MARTIN, MENDOZA

CUIT
20176515377

**Tipo de Póliza:** AP1 - 24 HS GRUPAL

| Detalle de las Coberturas | Suma Asegurada Total | Edad Mínima de ingreso | Edad Máxima de ingreso | Edad Máxima de permanencia |
|---|---|---|---|---|
| MUERTE ACCIDENTAL | $ 33.340.000,00 | 18 | 69 | 70 |
| INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANE | $ 33.340.000,00 | 18 | 69 | 70 |
| REINTEGRO DE GASTOS POR ASIST. M | $ 10.002.000,00 | 18 | 69 | 70 |

**Datos Personales de Asegurado/s**

| | | | |
|---|---|---|---|
| MARCON, MARTIN NICOLAS | Tipo y Nº de Documento | DNI 43355723 | Titular |
| MARCON, SANTIAGO AGUSTIN | Tipo y Nº de Documento | DNI 40560742 | Titular |

**Emitido en , 31 de Mayo de 2026**

Sr. Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite del cobro del beneficio. Asimismo Ud. tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Para consultas o reclamos, comunicarse con Experta Seguros S.A.U. al 0800-777-7278
Importante: 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.
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 teléfono 0800-777-7278. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.experta.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

Juan Pablo Charlot
Apoderado

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

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

**CUIP: 088020000000000000000000000000106512000000000030020176515377O-10000087866100000878660000008**

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 14 de Mayo de 2026

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

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 3 | Desde las 00:00 Hs. del 01/06/2026<br>Hasta las 00:00 Hs. del 01/07/2026 |

TOMADOR / ASEGURADO: MARCON,MARIO RAUL — Cod. Aseg.: 1337197
Domicilio : CALLE DOS LOTES ROMEO 368 — Tel.: 2634594989
Localidad: (5570) SAN MARTIN — CUIT : 20176515377
Provincia : MENDOZA — Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**PRODUCTOR:** 25854 JUAN PABLO GHISAURA **MATRÍCULA N°SSN** 87866

**MODO DE FACTURACIÓN:** ANUAL CON REFACTURACION MENSUAL **OPERACIÓN:** REFACTURACION

## FRENTE DE PÓLIZA

ADVERTENCIAS Y CARGAS AL ASEGURADO

Artículo 9 de las Condiciones Generales: El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los TRES (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador las certificaciones médicas que informen la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por el Asegurador, con una frecuencia no inferior a QUINCE (15) días. Asimismo, el Asegurado deberá someterse hasta tres exámenes médicos que el Asegurador solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo del Asegurador.
El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 8.523,71 | 5.114,23 | 3.409,48 | 17.047,42 | 0,00 | 17.047,42 |

| T.SUP. + S.S. | INT. + SELL. | I.V.A. | R.G. 3337 | IVA RFI | I.BRUTOS | Ley 26363 | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 187,52 | 170,47 | 3.579,96 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 20.985,37 |

| FORMA DE PAGO | VENCIMIENTO 1° CUOTA |
|---|---|
| PAGO MANUAL | 08/06/2026 |

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONTRATO: PÓLIZA RENOVADA **********

ANEXO.I ANEXO.100 ANEXO.102 ANEXO.103 ANEXO.200 ANEXO.300 ANEXO.600 ANEXO.1406 ANEXO.1803

Juan Pablo Charlot
Apoderado

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

Artículo 5 - Medios de Pago Habilitados: 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 NACION.
b)Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c)Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d)Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e)Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.
Advertencia: Si el texto de la presente póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza.

**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 teléfono 0800-777-7278. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.experta.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.**

**ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR RESOLUCION Nº RESOL-2019-167-APN-SSN#MHA**

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 14 de Mayo de 2026

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 3 | Desde las 00:00 Hs. del 01/06/2026<br>Hasta las 00:00 Hs. del 01/07/2026 |

**CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA**

suministre, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho a exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

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

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 14 de Mayo de 2026

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 3 | Desde las 00:00 Hs. del 01/06/2026<br>Hasta las 00:00 Hs. del 01/07/2026 |

| Detalle de Coberturas | Capital Asegurado |
|---|---|
| MUERTE ACCIDENTAL | 16670000.00 |
| INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE | 16670000.00 |
| REINTEGRO DE GASTOS POR ASIST. MEDICA | 5001000.00 |

## NÓMINA DE ASEGURADOS

Personas Aseguradas

MARCON, MARTIN NICOLAS DNI 43355723 F.Nac: 07/02/2001 Edad: 25 Capital: $ 16.670.000,00 Premio: $ 10.492,68

Beneficiario/s: RPB S.A CUIT 30663137375

MARCON, SANTIAGO AGUSTIN DNI 40560742 F.Nac: 24/09/1997 Edad: 28 Capital: $ 16.670.000,00 Premio: $ 10.492,69

Beneficiario/s: RPB S.A CUIT 30663137375

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

# FACTURA

Copia de póliza original 31/05/2026

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 3 | Desde las 00:00:00 Hs. del 01/06/2026<br>Hasta las 00:00:00 Hs. del 01/07/2026 |

**Datos del Asegurado**

Nombre y Apellido / Razón Social : MARCON,MARIO RAUL
Domicilio : CALLE DOS LOTES ROMEO 368
Localidad : SAN MARTIN — Provincia : MENDOZA
CUIL/CUIT: 20176515377 — Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

## FACTURA

Condición de IVA de la Operación: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

CIUDAD DE BUENOS AIRES, 14/05/2026

```
PRIMA            : $        17.047,42
REC.FINANCIERO   : $             0,00
IVA TASA         :           3.579,96  RG 3337 :              0,00  IVA RFI :              0,00
IMPUESTOS + TASAS: $             187,52
SELLADOS         : $             170,47
PERC.ING.BRUTOS  : $               0,00
PREMIO   : $        20.985,37
```

| CUOTA | FEC.VENCTO. | IMPORTE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 1 | 08/06/2026 | 20.985,37 | . . . . . |

Comprobante exento del cumplimiento de las formalidades del régimen de facturación y registración (Resolución General AFIP N° 1415/03 - Anexo I)

PAGO MANUAL

RIESGO : AP1 - 24 HS GRUPAL

EXPERTA SEGUROS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Organizador** | 25854 | **SECC.** | 03 | ACCIDENTES PERSONALES | |
| **Productor** | 25854 | **POLIZA** | 00106512 | **ENDOSO** | 00000003 |

**RECIBIMOS DE** **MARCON,MARIO RAUL**
CALLE DOS LOTES ROMEO 368
POLIZA FLOTA

| Cuota | Vencimiento | Desde | Hasta | Importe |
|---|---|---|---|---|
| 01 de 01 | 08/06/2026 | 01/06/2026 | 01/07/2026 | 20.985,37 |

09488002098537080626003001065120000300 14

PRODUCTOR

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

INUTILIZADO

INUTILIZADO

INUTILIZADO

EXPERTA SEGUROS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Organizador** | 25854 | **SECC.** | 03 | ACCIDENTES PERSONALES | |
| **Productor** | 25854 | **POLIZA** | 00106512 | **ENDOSO** | 00000003 |

**RECIBIMOS DE** **MARCON,MARIO RAUL**
CALLE DOS LOTES ROMEO 368
POLIZA FLOTA

| Cuota | Vencimiento | Desde | Hasta | Importe |
|---|---|---|---|---|
| 01 de 01 | 08/06/2026 | 01/06/2026 | 01/07/2026 | 20.985,37 |

09488002098537080626003001065120000300 14

ASEGURADO

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

INUTILIZADO

INUTILIZADO

INUTILIZADO

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

**CUIP: 088020000000000000000000000000106512000000000030020176515377O-10000087866100000878660000008**

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 14 de Mayo de 2026

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

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 3 | Desde las 00:00 Hs. del 01/06/2026<br>Hasta las 00:00 Hs. del 01/07/2026 |

TOMADOR / ASEGURADO: MARCON,MARIO RAUL — Cod. Aseg.: 1337197
Domicilio : CALLE DOS LOTES ROMEO 368 — Tel.: 2634594989
Localidad: (5570) SAN MARTIN — CUIT : 20176515377
Provincia : MENDOZA — Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**PRODUCTOR:** 25854 JUAN PABLO GHISAURA **MATRÍCULA N°SSN** 87866

**MODO DE FACTURACIÓN:** ANUAL CON REFACTURACION MENSUAL **OPERACIÓN:** REFACTURACION

## FRENTE DE PÓLIZA

ADVERTENCIAS Y CARGAS AL ASEGURADO

Artículo 9 de las Condiciones Generales: El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los TRES (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador las certificaciones médicas que informen la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por el Asegurador, con una frecuencia no inferior a QUINCE (15) días. Asimismo, el Asegurado deberá someterse hasta tres exámenes médicos que el Asegurador solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo del Asegurador.
El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 8.523,71 | 5.114,23 | 3.409,48 | 17.047,42 | 0,00 | 17.047,42 |

| T.SUP. + S.S. | INT. + SELL. | I.V.A. | R.G. 3337 | IVA RFI | I.BRUTOS | Ley 26363 | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 187,52 | 170,47 | 3.579,96 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 20.985,37 |

| FORMA DE PAGO | VENCIMIENTO 1° CUOTA |
|---|---|
| PAGO MANUAL | 08/06/2026 |

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONTRATO: PÓLIZA RENOVADA **********

ANEXO.I ANEXO.100 ANEXO.102 ANEXO.103 ANEXO.200 ANEXO.300 ANEXO.600 ANEXO.1406 ANEXO.1803

Juan Pablo Charlot
Apoderado

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

Artículo 5 - Medios de Pago Habilitados: 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 NACION.
b)Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c)Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d)Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e)Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.
Advertencia: Si el texto de la presente póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza.

**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 teléfono 0800-777-7278. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.experta.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.**

**ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR RESOLUCION Nº RESOL-2019-167-APN-SSN#MHA**

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 14 de Mayo de 2026

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 3 | Desde las 00:00 Hs. del 01/06/2026<br>Hasta las 00:00 Hs. del 01/07/2026 |

**CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA**

suministre, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho a exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

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

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 14 de Mayo de 2026

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 3 | Desde las 00:00 Hs. del 01/06/2026<br>Hasta las 00:00 Hs. del 01/07/2026 |

| Detalle de Coberturas | Capital Asegurado |
|---|---|
| MUERTE ACCIDENTAL | 16670000.00 |
| INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE | 16670000.00 |
| REINTEGRO DE GASTOS POR ASIST. MEDICA | 5001000.00 |

## NÓMINA DE ASEGURADOS

Personas Aseguradas

MARCON, MARTIN NICOLAS DNI 43355723 F.Nac: 07/02/2001 Edad: 25 Capital: $ 16.670.000,00 Premio: $ 10.492,68

Beneficiario/s: RPB S.A CUIT 30663137375

MARCON, SANTIAGO AGUSTIN DNI 40560742 F.Nac: 24/09/1997 Edad: 28 Capital: $ 16.670.000,00 Premio: $ 10.492,69

Beneficiario/s: RPB S.A CUIT 30663137375

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

# FACTURA

Copia de póliza original 31/05/2026

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 3 | Desde las 00:00:00 Hs. del 01/06/2026<br>Hasta las 00:00:00 Hs. del 01/07/2026 |

**Datos del Asegurado**

Nombre y Apellido / Razón Social : MARCON,MARIO RAUL
Domicilio : CALLE DOS LOTES ROMEO 368
Localidad : SAN MARTIN — Provincia : MENDOZA
CUIL/CUIT: 20176515377 — Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

## FACTURA

Condición de IVA de la Operación: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

CIUDAD DE BUENOS AIRES, 14/05/2026

```
PRIMA            : $        17.047,42
REC.FINANCIERO   : $             0,00
IVA TASA         :           3.579,96  RG 3337 :              0,00  IVA RFI :              0,00
IMPUESTOS + TASAS: $             187,52
SELLADOS         : $             170,47
PERC.ING.BRUTOS  : $               0,00
PREMIO   : $        20.985,37
```

| CUOTA | FEC.VENCTO. | IMPORTE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 1 | 08/06/2026 | 20.985,37 | . . . . . |

Comprobante exento del cumplimiento de las formalidades del régimen de facturación y registración (Resolución General AFIP N° 1415/03 - Anexo I)

PAGO MANUAL

RIESGO : AP1 - 24 HS GRUPAL

EXPERTA SEGUROS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Organizador** | 25854 | **SECC.** | 03 | ACCIDENTES PERSONALES | |
| **Productor** | 25854 | **POLIZA** | 00106512 | **ENDOSO** | 00000003 |

**RECIBIMOS DE** **MARCON,MARIO RAUL**
CALLE DOS LOTES ROMEO 368
POLIZA FLOTA

| Cuota | Vencimiento | Desde | Hasta | Importe |
|---|---|---|---|---|
| 01 de 01 | 08/06/2026 | 01/06/2026 | 01/07/2026 | 20.985,37 |

09488002098537080626003001065120000300 14

PRODUCTOR

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

INUTILIZADO

INUTILIZADO

INUTILIZADO

EXPERTA SEGUROS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Organizador** | 25854 | **SECC.** | 03 | ACCIDENTES PERSONALES | |
| **Productor** | 25854 | **POLIZA** | 00106512 | **ENDOSO** | 00000003 |

**RECIBIMOS DE** **MARCON,MARIO RAUL**
CALLE DOS LOTES ROMEO 368
POLIZA FLOTA

| Cuota | Vencimiento | Desde | Hasta | Importe |
|---|---|---|---|---|
| 01 de 01 | 08/06/2026 | 01/06/2026 | 01/07/2026 | 20.985,37 |

09488002098537080626003001065120000300 14

ASEGURADO

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

INUTILIZADO

INUTILIZADO

INUTILIZADO

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

CIUDAD DE BUENOS AIRES, 31 de Mayo de 2026

# CERTIFICADO DE LIBRE DEUDA

**TOMADOR:** MARCON,MARIO RAUL

**PÓLIZA Nro:** 3 - 106512

**PLAN:** AP1 - 24 HS GRUPAL

**CUIT:** 20176515377

De nuestra mayor consideración:

Por medio de la presente tenemos el agrado de dirigirnos a Uds. a los efectos de comunicarles que al día de la fecha la Póliza de referencia no registra deuda vencida.

Sin otro particular, saludamos a Ustedes cordialmente.

Gastón L. Mugnolo

Departamento de cobranzas

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880



**CUIP: 088020000000000000000000000001065120000000000115201765153774-10000087866100000878660000008**

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 7 de Abril de 2026

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

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 1 | Desde las 00:00 Hs. del 06/04/2026<br>Hasta las 00:00 Hs. del 01/05/2026 |

TOMADOR / ASEGURADO: MARCON,MARIO RAUL — Cod. Aseg.: 1337197
Domicilio : CALLE DOS LOTES ROMEO 368 — Tel.: 2634594989
Localidad: (5570) SAN MARTIN — CUIT : 20176515377
Provincia : MENDOZA — Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**PRODUCTOR:** 25854 JUAN PABLO GHISAURA **MATRÍCULA N°SSN** 87866

**MODO DE FACTURACIÓN:** ANUAL CON REFACTURACION MENSUAL **OPERACIÓN:** ENDOSO

## 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 6 DE ABRIL DE 2026

---

DETALLE DE RIESGOS CUBIERTOS :

MARCON, MARTIN NICOLAS DNI 43355723 Fec.Nac: 07/02/2001
ACTIVIDAD : CHOFERES - CAMIONES
BENEFICIARIOS:
RPB S.A CUIT 30663137375 100,00%
DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :
MUERTE ACCIDENTAL..... $ 16.670.000,00
INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE ..... $ 16.670.000,00
REINTEGRO DE GASTOS POR ASIST. MEDICA POR ACCIDENTE ..... $ 5.001.000,00
EL RESTO DE LAS CONDICIONES DE LA POLIZA NO SE MODIFICAN

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | | I.V.A. | R.G. 3337 | IVA RFI | I.BRUTOS | Ley 26363 | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| FORMA DE PAGO | VENCIMIENTO 1° CUOTA |
|---|---|
| PAGO MANUAL | / / |

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONTRATO: PÓLIZA RENOVADA **********

ANEXO.I ANEXO.100 ANEXO.102 ANEXO.103 ANEXO.200 ANEXO.300 ANEXO.600 ANEXO.1406 ANEXO.1803

Juan Pablo Charlot
Apoderado

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

Artículo 5 - Medios de Pago Habilitados: 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 NACION.
b)Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c)Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d)Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e)Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.
Advertencia: Si el texto de la presente póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza.

**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 teléfono 0800-777-7278. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.experta.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.**

**ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR RESOLUCION Nº RESOL-2019-167-APN-SSN#MHA**

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880



Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 7 de Abril de 2026

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 1 | Desde las 00:00 Hs. del 06/04/2026<br>Hasta las 00:00 Hs. del 01/05/2026 |

## CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

MARCON, SANTIAGO AGUSTIN DNI 40560742 Fec.Nac: 24/09/1997
ACTIVIDAD : CHOFERES - CAMIONES
BENEFICIARIOS:
RPB S.A CUIT 30663137375 100,00%
DETALLE DE COBERTURAS Y CAPITALES ASEGURADOS :

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE ACCIDENTAL............................................................ | $ | 16.670.000,00 |
| INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE ............................ | $ | 16.670.000,00 |
| REINTEGRO DE GASTOS POR ASIST. MEDICA POR ACCIDENTE ............................ | $ | 5.001.000,00 |

EL RESTO DE LAS CONDICIONES DE LA POLIZA NO SE MODIFICAN

ADVERTENCIAS Y CARGAS AL ASEGURADO

Artículo 9 de las Condiciones Generales: El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los TRES (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.
Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador las certificaciones médicas que informen la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por el Asegurador, con una frecuencia no inferior a QUINCE (15) días. Asimismo, el Asegurado deberá someterse hasta tres exámenes médicos que el Asegurador solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo del Asegurador.
El Asegurado o los beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.
En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho a exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.
La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios.

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

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 7 de Abril de 2026

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | 106512 | 1 | Desde las 00:00 Hs. del 06/04/2026<br>Hasta las 00:00 Hs. del 01/05/2026 |

| Detalle de Coberturas | Capital Asegurado |
|---|---|
| MUERTE ACCIDENTAL | 16670000.00 |
| INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE | 16670000.00 |
| REINTEGRO DE GASTOS POR ASIST. MEDICA | 5001000.00 |

## NÓMINA DE ASEGURADOS

Personas Aseguradas

MARCON, MARTIN NICOLAS DNI 43355723 F.Nac: 07/02/2001 Edad: 25 Capital: $ 16.670.000,00 Premio: $ 0,00

[MODI]

Beneficiario/s: RPB S.A CUIT 30663137375

MARCON, SANTIAGO AGUSTIN DNI 40560742 F.Nac: 24/09/1997 Edad: 28 Capital: $ 16.670.000,00 Premio: $ 0,00

[MODI]

Beneficiario/s: RPB S.A CUIT 30663137375