COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 08/07/2026

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 1 de Julio de 2026

CUIP: 05552010010000000000000000000079434900000000000099202593768757-10000101609200999999999000051

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	794349	0	Desde las 00:00 Hs. del 09/07/2026 Hasta las 00:00 Hs. del 09/11/2026

ASEGURADO: LAPLACETTE JUAN HORACIO — Cod. Aseg.: 123244
Domicilio : CORRIENTES 87 — Tel.: 3446596995
Localidad: (2820) GUALEGUAYCHU — CUIL/CUIT : 20259376875
Provincia : ENTRE RIOS — Condición de IVA de la Operación : IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

PRODUCTOR: 48185 BELTZER ANTONELLA **MATRÍCULA N°SSN** 101609

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

FRENTE DE PÓLIZA

PERIODO DE FACTURACION DESDE: 9 de Julio de 2026
PERIODO DE FACTURACION HASTA: 9 de Noviembre de 2026

RAMA: 10 - 10 - ACCIDENTES PERSONALES

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

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

PRODUCTO: AP COTIZADOR PRESTACIONAL

Clausulas Adicionales hasta 69 anos de edad.

Protesis por prestacion cubiertas hasta el limite indicado en la cobertura adicional. Protesis por Reintegro cubiertas hasta el tipe de la cobertura de AMF y dentro de la misma.

MONEDA	PRIMA		REC. FINANCIERO		SUB TOTAL
$	70.703,38		0,00		70.703,38

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
777,74	707,03	14.847,71	0,00	0,00	0,00	0,00	87.035,86

HABILITADO

FORMA DE PAGO	CÓD. PAGOS LINK/BANELCO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
DEBITO AUTOMATICO : C.B.U.	20259376875	09/07/2026

Las condiciones generales anexas y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza. PÓLIZA RENOVADA 779537 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**********
****
****
****
****

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

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

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.

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 1 de Julio de 2026

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	794349	0	Desde las 00:00 Hs. del 09/07/2026 Hasta las 00:00 Hs. del 09/11/2026

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

CANTIDAD TOTAL DE VIDAS: 1

CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:
EDAD MINIMA DE INGRESO: 18 AÑOS
EDAD MAXIMA DE INGRESO: 64 AÑOS
EDAD LIMITE DE PERMANENCIA: 75 AÑOS

EL CUMULO POR EVENTO SERA DE 3 VIDAS SI EL TOTAL DE ASEGURADOS ES MENOR A 25 CAPITAS. EN CASO QUE PRESENTE POLIZA CUBRA DE 26 A 100 CAPITAL, EL CUMULO POR EVENTO SERA DE 5 VIDAS. PARA GRUPOS DE MAS DE 100 CAPITAS EL CUMULO POR EVENTO SERA DE 10 VIDAS

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.

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

CLAUSULA DE NO REPETICION:
CEMENTOS AVELLANEDA 30-52604779-2
RPB S.A 30-663113737-5
LOMA NEGRA 30-50053085-1

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. –

BENEFICIARIO EN PRIMER TERMINO:
RPB S.A 30-663113737-5

CEMENTOS AVELLANEDA 30-52604779-2

LOMA NEGRA 30-50053085-1

DEBITO AUTOMATICO : C.B.U.

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	09/07/2026	29.009,04

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 1 de Julio de 2026

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	794349	0	Desde las 00:00 Hs. del 09/07/2026 Hasta las 00:00 Hs. del 09/11/2026

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

2	09/08/2026	29.013,41
3	09/09/2026	29.013,41

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 1 de Julio de 2026

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
10 - ACCIDENTES PERSONALES	794349	0	Desde las 00:00 Hs. del 09/07/2026 Hasta las 00:00 Hs. del 09/11/2026

Detalle de Coberturas	Capital Asegurado
MUERTE ACCIDENTAL SUMA ASEGURADA.....	$ 60.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERM. POR ACC. HASTA LA SUMA DE	$ 60.000.000,00
ASISTENCIA MEDICA FARMACEUTICA PRESTACIONAL MEDICAR HASTA LA SUM	$ 100.000.000,00
PROTESIS HASTA $ 70.000 PRESTACIONAL Y HASTA EL 100% DE LA AMF POR R	
REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO POR ACCIDENTE HASTA LA SUMA DE	$ 2.071.300,00
RENTA DIARIA POR INTERNACION POR ACCIDENTE.....	$ 30.000,00
PLAZO DE ESPERA: 3 DIAS - MAXIMO: 30 DIAS	
hasta 20 LLAMADAS AL ANO	$ 1,00

30 años Beneficio
Compañía de Seguros

A
Código Nº 001

ORIGINAL

0010-00000071
02/07/2026

BENEFICIO S.A.
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO
DOMICILIO AV. LEANDRO N. ALEM 584 P. 12 Dpto. 1 CIUDAD DE BUENOS AIRES
TEL. 52364300

CUIT: 30680827520
901-30-71459054-1
INICIO DE ACTIVIDADES: 01/10/2016

Señor/es: LAPLACETTE JUAN HORACIO
Domicilio: CORRIENTES 87 - GUALEGUAYCHU - ENTRE RIOS CP(2820)
C.U.I.T. 20259376875 **Nº IIBB** 0

I.V.A. IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

Descripción	Importe
00794349/0000 / RENOVACION	70.703,38

Importe Gravado:	$	70.703,38
IVA 21.00 %:	$	14.847,71
Percepción IVA:	$	0,00
Percepción IIBB Bs. As:	$	0,00
Percepción IIBB CABA:	$	0,00
Percepción IIBB:	$	0,00
Otros impuestos nacionales indirectos:	$	0,00
Otros Tributos:	$	1.484,77
Importe Total:	$	87.035,86

Son Pesos: OCHENTA Y SIETE MIL TREINTA Y CINCO, CON OCHENTA Y SEIS CENTAVOS

CAE: 86272089980574

Vto CAE: 12/07/2026