CUIP: 033010000000000000000000000006987810000000000009920231611283 3-10000075001100000750010000 71

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 7 de Julio de 2026

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	698781	0	Desde las 12:00 Hs. del 07/07/2026 Hasta las 12:00 Hs. del 07/01/2027

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : OLIVERA DANIEL ALFREDO — Cod. Aseg.: 1770728
Domicilio : RUTA 146 SN 1
Localidad: 5603 COLONIA ELENA — Provincia : MENDOZA
DNI : 23161128 — Condición de IVA : CONSUMIDOR FINAL

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 :

OLIVERA DANIEL ALFREDO DNI 23161128 Fec.Nac: 05/02/1973
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 :
Deducible de ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA: $ 10.000,00 (Pesos Diez Mil) 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
$	49.668,43	0,00	3.973,48	0,00	53.641,91

T.SUP. + S.S.	INT. + SELL.	I.V.A. (*)	R.G. 3337	IVA RFI (*)	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
590,06	536,42	10.430,37	0,00	834,43	0,00	0,00	66.033,19

(*) Se indica al solo efecto informativo, no constituyendo crédito fiscal.

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
PAGO MANUAL - CODIGO DE PAGO ELECTRONICO: 0001770728	07/07/2026

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. .

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 7 de Julio de 2026

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	698781	0	Desde las 12:00 Hs. del 07/07/2026 Hasta las 12:00 Hs. del 07/01/2027

CONTINUACIÓN FRENTE DE PÓLIZA

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	07/07/2026	13.209,19
2	07/08/2026	13.206,00
3	07/09/2026	13.206,00
4	07/10/2026	13.206,00
5	07/11/2026	13.206,00

Emitida en CDAD.DE BUENOS AIRES el día 7 de Julio de 2026

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
ACCIDENTES PERSONALES	698781	0	Desde las 12:00 Hs. del 07/07/2026 Hasta las 12:00 Hs. del 07/01/2027

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:
RPB S.A. CUIT 30-66313737-5
LOPEZ EDGARDO ALFREDO CUIT 20-18232338-2
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.

ACCIDENTES PERSONALES

N° de Certificado 000001

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
OLIVERA DANIEL ALFREDO	00698781	00000000	07/07/2026	07/01/2027

Dirección: RUTA 146 SN 1
5603 - COLONIA ELENA, MENDOZA

CUIT
20231611283

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
OLIVERA DANIEL ALFREDO	05/02/1973	DNI 23161128

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/07/2026 hasta su cancelación.

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
LOPEZ EDGARDO ALFREDO CUIT 20-18232338-2
Y/O SUS FUNCIONARIOS, EMPLEADOS U OBREROS.
Emitido en , 07 de Julio 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