PARANA SEGUROS

TARJETA DE CIRCULACION

SECCIÓN	PÓLIZA	ENDOSO	VIGENCIA		TÉRMINO	CLIENTE
PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMOTORES	7658465	0	Desde 12:00 hs. 25/10/2026	Hasta 12:00 hs. 25/02/2027	123 Dias	540053

PARANA SEGUROS

Póliza Nro. 04 07658465
Endoso Nro. 0

Asegurado: PETTINA RAUL CEFERINO
Domicilio: JORGE NEWBERY 268 - SAN CARLOS
Vehículo: ACOP Y SEMI/S RANDON 14.50 MTS
Patente: KPO994 Año: 2011
Motor: Chasis: 8BBGSRA3FCM003790

Código de pago electrónico: 0000540053

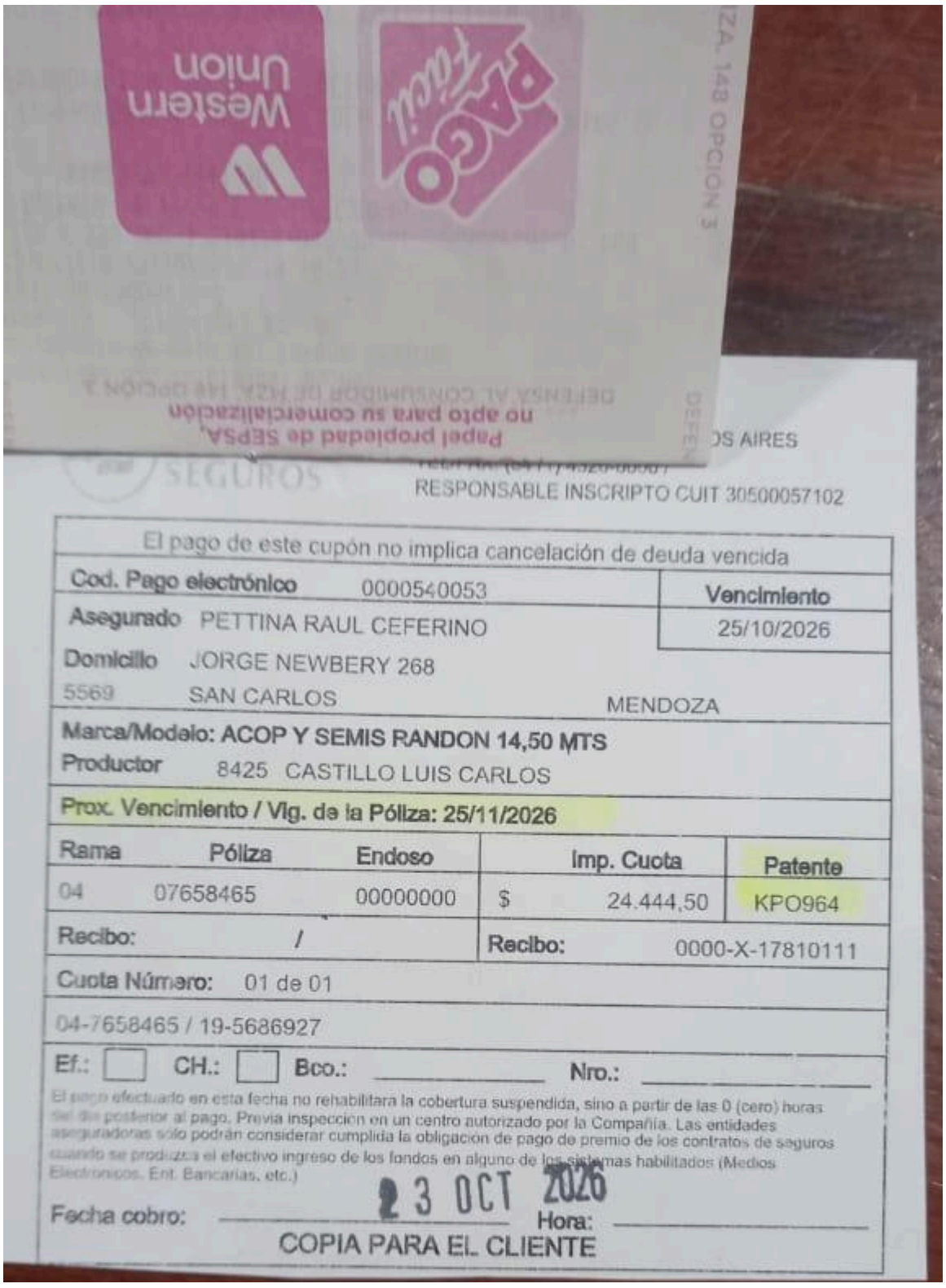
Vigencia desde 25/10/2026 al 25/02/2027

PARANA S.A. DE SEGUROS - MAIPÚ 215 (C1084ABE) BUENOS AIRES -
TEL/FAX 4320-0000 (LINEAS ROTATIVAS)

En caso de siniestro
0800-222-7272

Días hábiles en horario de atención de la Compañía

SEGURO OBLIGATORIO RESPONSABILIDAD CIVIL AUTOMOTOR - Decreto 1716/08
Ley Nacional de Tránsito y Seguridad Vial Nº 24449.
La posesión de portación de esta comprobante será prueba suficiente de la vigencia **del Seguro Obligatorio Automotor.**
La falta de portación del recibo de pago no podrá ser alegada por la Autoridad Competente para acreditar el incumplimiento de las requisitos de Circulación s/Art. 68 Ley 24449 y Art. 3° Disposición N° 70/2000 de la AGENCIA NACIONAL DE SEGURIDAD VIAL.
Factura "A" para responsables por cuentas o Circulas deben solicitarse a nombre de Parana S.A. de Seguros - C.U.I.T. 30-50005713-2
Parana S.A. de Seguros - Maipu 215 (C1084ABE) C.A.B.A.
Telefono 4320-0000 - Lineas Rotativas



Western Union

PAGO fácil

Papel propiedad de SEPSA,
no apto para su comercialización

OS AIRES

SEGUROS

RESPONSABLE INSCRIPTO CUIT 30500057102

El pago de este cupón no implica cancelación de deuda vencida

Cod. Pago electrónico 0000540053	**Vencimiento** 25/10/2026
Asegurado PETTINA RAUL CEFERINO	
Domicilio JORGE NEWBERY 268	
5569 SAN CARLOS MENDOZA	
Marca/Modelo: ACOP Y SEMIS RANDON 14,50 MTS	
Productor 8425 CASTILLO LUIS CARLOS	
Prox. Vencimiento / Vig. de la Póliza: 25/11/2026	

Rama	Póliza	Endoso	Imp. Cuota	Patente
04	07658465	00000000	$ 24.444,50	KPO964

Recibo: /	**Recibo:** 0000-X-17810111
Cuota Número: 01 de 01	
04-7658465 / 19-5686927	

Ef.: ☐ **CH.:** ☐ **Bco.:** _____ **Nro.:** _____

El pago efectuado en esta fecha no rehabilitara la cobertura suspendida, sino a partir de las 0 (cero) horas del dia posterior al pago. Previa inspeccion en un centro autorizado por la Compañía. Las entidades aseguradoras sólo podrán considerar cumplida la obligacion de pago de premio de los contratos de seguros cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en alguno de los sistemas habilitados (Medios Electronicos, Ent. Bancarias, etc.)

Fecha cobro: 23 OCT 2026 **Hora:** _____

COPIA PARA EL CLIENTE