SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 003317810 ENDOSO Nº 000001

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 26.11.2021 Hasta las 12 hs. del 26.11.2022

ASEGURADO
OTERO MARIA FERNANDA
CONESA 1890 P.4 DTO.B
1005 - C.FEDERAL C F
IVA: Adherido al Mono

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA Nº 2375
201 774/7 DEFRANCO,MARIA LEONOR

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 43'0 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Entre la Compañía de Seguros "La Mercantil Andina" Sociedad Anónima, en adelante "EL ASEGURADOR", y quien más adelante se designa con el nombre de "ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las condiciones generales, particulares y especiales del mismo.

Los vocablos "ASEGURADO", "TOMADOR", "CONTRATANTE", se utilizan indistintamente en esta póliza, por lo que se debe dar el significado que corresponda.
Si el texto de la póliza y/o endoso difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de los 30 días de haber recibido la póliza (Art. 12 de la Ley de Seguros).
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Buenos Aires, o al teléfono: (011) 4338-4000, (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30 hs. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.
La póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Moneda	$	Cotización	1,0000

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
ENDOSO DE POLIZA

Según se detalla en suplemento adicional 01

Sr. asegurado: Ud. cuenta con la posibilidad de recurrir al Sr. Defensor del Asegurado por cualquier reclamo y/o conflicto directo que pueda surgir con motivo del presente seguro. La utilización de esta vía es voluntaria y no excluye otras instancias administrativas o judiciales que por ley correspondan.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveído Nº 120826.-

Este crédito fiscal puede estar encuadrado en disposiciones del art.2 Ley 24475.
El asegurador renuncia a oponer defensas relacionadas con la falsedad o inexistencia de la firma al pie de este contrato.

1106 BUENOS AIRES 19 de NOVIEMBRE de 2021

0,00

Alícuota 0,5% ley 19.518, art. 17,inc. 1) según resolución del 01/03/07

Cláusulas y/o Anexos

Cláusulas y anexos según detalle en Suplemento Adicional 01

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

FACTURA

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 003317810 ENDOSO Nº 000001

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 26.11.2021 Hasta las 12 hs. del 26.11.2022

ASEGURADO
OTERO MARIA FERNANDA
CONESA 1890 P.4 DTO.B
1005 - C.FEDERAL C F
IVA: Adherido al Mono
C.U.I.T. 27-21481779-4
AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 2375
201 774/7 DEFRANCO,MARIA LEONOR

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
ENDOSO DE POLIZA

Según se detalla en suplemento adicional 01

Sr. asegurado: Ud. cuenta con la posibilidad de recurrir al Sr. Defensor del Asegurado por cualquier reclamo y/o conflicto directo que pueda surgir con motivo del presente seguro. La utilización de esta vía es voluntaria y no excluye otras instancias administrativas o judiciales que por ley correspondan.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveído Nº 120826.-

Este crédito fiscal puede estar encuadrado en disposiciones del art.2 Ley 24475.
El asegurador renuncia a oponer defensas relacionadas con la falsedad o inexistencia de la firma al pie de este contrato.

1106 BUENOS AIRES 19 de NOVIEMBRE de 2021

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 43'0 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos N°: 913500195-8
CAJA PREV. N°: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Entre la Compañía de Seguros "La Mercantil Andina" Sociedad Anónima, en adelante "EL ASEGURADOR", y quien más adelante se designa con el nombre de "ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las condiciones generales, particulares y especiales del mismo.

Los vocablos "ASEGURADO", "TOMADOR", "CONTRATANTE", se utilizan indistintamente en esta póliza, por lo que se debe dar el significado que corresponda.
Si el texto de la póliza y/o endoso difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de los 30 días de haber recibido la póliza (Art.12 de la Ley de Segurcs).
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Buenos Aires, o al teléfono: (011) 4338-4000, (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30 hs. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.
La póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Moneda $	Cotización 1,0000

0,00

Alícuota 0,5% ley 19.518, art. 17,inc. 1) según resolución del 01/03/07

Cláusulas y/o Anexos

Cláusulas y anexos según detalle en Suplemento Adicional 01

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Poliza 003317810/00001 Prd. 201-23107 / 7747 Asegurado 1

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 8309524 OTERO MARIA FERNANDA
CONESA 1890 P.4 DTO.B , (1005) C.FEDERAL C F
IVA: Adherido al Monotributo 27-21481779-4

Período..: 365 Días
Vigencia.: 26.11.2021 / 26.11.2022
F.Emisión: 19.11.2021

Motivo :

01 COBERTURA 24 HORAS
****

Coberturas de Subrama

Descripción del Riesgo		Suma Asegurada
ADMINISTRACION - Servicio externo	$	

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Descripción del Riesgo		Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR MUERTE Y/O POR INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE	$	1040000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte según lo establecido en la cláusula 8 de las Condiciones Generales.- 1.040.000

Límite de cobertura, por persona, por Invalidez total y/o parcial permanente, hasta: según lo establecido en la cláusula 9 de las Condiciones Generales.- 1.040.000

Coberturas especificas de este riesgo
1- MUERTE
5- INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL.

Descripción del Riesgo -		Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	$	100000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de asistencia médico-farmacéutica, hasta: 100.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3
con una franquicia deducible por evento de: 1.000
por persona.
"LIMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN", SE FIJA DICHO LÍMITE MÁXIMO POR ACONTECIMIENTO QUE AFECTE A MÁS DE UNA PERSONA POR TODO CONCEPTO, INCLUYENDO TODAS LAS PERSONAS ASEGURADAS ACTUALMENTE O INCORPORADAS EN EL FUTURO A LA PÓLIZA EN: 1.140.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 1.140.000
ÁMBITO DE LA COBERTURA: MUNDIAL

INSTITUCION DE BENEFICIARIO

SE ESTABLECEN LOS SIGUIENTES BENEFICIARIOS:
A) RESPECTO DE CUALQUIER ACCIDENTE O EVENTO CUBIERTO POR PÓLIZA, ACONTECIDO CON MOTIVO DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD, PROFESIÓN U OFICIO DECLARADO EN LA MISMA, COMO ASÍ TAMBIÉN DURANTE EL TRAYECTO "IN ITÍNERE" AL LUGAR DE PRESTACIÓN DE DICHAS LABORES, SE ESTABLECE COMO BENEFICIARIO EXCLUSIVO Y EXCLUYENTE EN TAL SUPUESTO A (VER AL PIÉ)
B) RESPECTO DE CUALQUIER EVENTO CUBIERTO POR CONDICIONES DE PÓLIZA, AJENO Y NO COMPRENDIDO DENTRO DE LA SITUACIÓN PREVISTA EN EL PUNTO A) ANTERIOR, SE INSTITUYEN COMO BENEFICIARIOS EN SEGUNDO TÉRMINO Y EN FORMA RESIDUAL A LOS HEREDEROS LEGALES DEL ASEGURADO DE PÓLIZA.
BOLDT S.A., B-GAMING SA -BOLDT IMPRESORES SA. - SERVICIO PARA EL TRANSPORTE DE LA INFORMACION SAU y ORBITH SAY SA - Y TRILEMIUM SA.
CCF (Cordial Cia Financiera) Superville Seguros
Banco Supervielle S.A

CLAUSULA DE NO REPETICION

CONSTE POR EL PRESENTE QUE MERCANTIL ANDINA S.A RENUNCIA EN FORMA EXPRESA A RECLAMAR O INICIAR TODA ACCIÓN DE REPETICIÓN O DE REGRESO CONTRA LAS EMPRESAS CITADAS AL PIE,----------
SUS FUNCIONARIOS, OBREROS, EMPLEADOS, SEA EN CUALQUIER OTRA FORMA JURÍDICA CON MOTIVO DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIE O DINERARIA QUE SE VEA OBLIGADO A ABONAR, CONTRATAR Y OTORGAR EL PERSONAL DEPENDIENTE O EX-DEPENDIENTE DEL ASEGURADO, AMPARADOS POR LA COBERTURA DE LA PRESENTE, POR ACCIDENTES OCURRIDOS EN OCASIÓN DEL TRABAJO.
ESTA CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN CESARÁ EN SUS EFECTOS SI EL

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 003317810/00001 Prd. 201-23107 / 7747 Asegurado 2

CONDICIONES PARTICULARES

EMPRESARIO O COMITENTE A FAVOR DE QUIEN SE EMITE NO CUMPLE ESTRICTAMENTE CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN E HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO O DE CUALQUIER MANERA INFRINGE LA LEY 19.587, SU DECRETO REGLAMENTARIO Nº 351/79 Y LAS NORMATIVAS QUE SOBRE EL PARTICULAR HA DICTADO LA SUPERINTEDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO, LAS PROVINCIAS Y LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES EN EL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA.
CCF (Cordial Cia. Financiera) - Superville Seguros
Banco Supervielle S.A
CASINO PUERTO SANTA FE SA.
CASINO MELINCUE SA
TORRE PUERTO SANTA FE S.A.

Coberturas especificas de este riesgo
4- GASTOS DE ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA

Cláusulas y/o Anexos:
00:1,5/2/3,2/3,5/3,8/3,40/40/ANEXO,III/ANEXO,II/3,1/
Prima: $ 0,00 Rec. Fin. e Impuestos: 0,00 Premio: 0,00

Productor..: 774/7 DEFRANCO,MARIA LEONOR
Localidad..: (1406) C.FEDERAL C F

Plan de Pago

Cuota	Vto.Asegu.	Importe

W 0676

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previcional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
DOMICILIO: **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA DE PÓLIZA: ********** – **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

Mercantil **Andina**

Cupón para la Compañía o Entidad Recaudadora

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previcional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA PÓLIZA: ********** – **********
COD. DESPACHO: 000 0000000 **********
Endoso **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

CODIGO DE PAGO **********
ELECTRÓNICO: **********

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previcional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
DOMICILIO: **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA DE PÓLIZA: ********** – **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

Mercantil **Andina**

Cupón para la Compañía o Entidad Recaudadora

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previcional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA PÓLIZA: ********** – **********
COD. DESPACHO: 000 0000000 **********
Endoso **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

CODIGO DE PAGO **********
ELECTRÓNICO: **********

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previcional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
DOMICILIO: **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA DE PÓLIZA: ********** – **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

Mercantil **Andina**

Cupón para la Compañía o Entidad Recaudadora

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previcional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA PÓLIZA: ********** – **********
COD. DESPACHO: 000 0000000 **********
Endoso **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

CODIGO DE PAGO **********
ELECTRÓNICO: **********

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previcional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: RAMA:
ASEGURADO:
DOMICILIO:
FECHA EMISION:
VIGENCIA DE PÓLIZA:

VTO. PAGO	IMPORTE

Mercantil **Andina**

Cupón para la Compañía o Entidad Recaudadora

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previcional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: RAMA:
ASEGURADO:
FECHA EMISION:
VIGENCIA PÓLIZA:
COD. DESPACHO:

VTO. PAGO	IMPORTE

CODIGO DE PAGO
ELECTRÓNICO:

AFIP ADMINISTRACION FEDERAL

CCMA
CUENTA CORRIENTE MONOTRIBUTISTAS Y AUTONOMOS

CERRAR SESION | CUENTA CORRIENTE | CONSULTAS VARIAS

CUIT: **27-21481779-4**

Tipo de Contribuyente: **MONOTRIBUTISTA**

29/8/2022 - 12:31

Apellido y Nombre: **OTERO, MARIA FERNANDA**

Domicilio: **FLORIDA 253 Piso:2 Dpto:B - CAPITAL FEDERAL - 0**

Ayuda en linea

Dependencia: **AGENCIA NRO 49**

Contáctenos

ÚLTIMA DEUDA CALCULADA — **FECHA DE CÁLCULO:** 29/08/2022

PERÍODO TOTAL CALCULADO **07/2022 - 08/2022**

Total Saldo Deudor:	0.00	Total Saldo Acreedor:	0.00
Obligación Mensual:	0.00	Obligación Mensual:	0.00
Accesorios:	0.00	Accesorios:	0.00

FILTRO AVANZADO

PERÍODO DESDE (MM/AAAA) 07/2022 — TIPO DE CONTRIBUYENTE: Todos — **Consultar**

PERÍODO HASTA (MM/AAAA) 08/2022 — IMPUESTO: Todos — **Detalle Reafectaciones**

Detalle	Período	Impuesto	Concepto	Subcpto	Descripción	Fecha Movimiento	Debe	Haber	Saldo
	08/2022	020	019	019	Obligacion Mensual Monot.	22/08/2022	4,079.93		
	08/2022	020	019	019	Pago Pendiente De Conciliacion	22/08/2022		4,079.93	
	08/2022				**Saldo**	**29/08/2022**			**0.00**
	08/2022	021	019	019	Obligacion Mensual Auton./Monot.	22/08/2022	2,046.95		
	08/2022	021	019	019	Pago Pendiente De Conciliacion	22/08/2022		2,046.95	
	08/2022				**Saldo**	**29/08/2022**			**0.00**
	08/2022	024	019	019	Obligacion Mensual Auton./Monot.(Obra Social)	22/08/2022	1,775.18		
	08/2022	024	019	019	Pago Pendiente De Conciliacion	22/08/2022		1,775.18	
	08/2022				**Saldo**	**29/08/2022**			**0.00**
	07/2022	020	019	019	Obligacion Mensual Monot.	27/07/2022	4,079.93		
	07/2022	020	019	019	Pago Obligacion Mensual Monot.	27/07/2022		4,079.93	
	07/2022				**Saldo**	**29/08/2022**			**0.00**
	07/2022	021	019	019	Obligacion Mensual Auton./Monot.	27/07/2022	2,046.95		
	07/2022	021	019	019	Pago Obligacion Mensual Auton./Monot.	27/07/2022		2,046.95	
	07/2022				**Saldo**	**29/08/2022**			**0.00**
	07/2022	024	019	019	Obligacion Mensual Auton./Monot.(Obra Social)	27/07/2022	1,775.18		
	07/2022	024	019	019	Pago Obligacion Mensual Auton./Monot.(Obra Social)	27/07/2022		1,775.18	
	07/2022				**Saldo**	**29/08/2022**			**0.00**

OTRO CÁLCULO | **PÁGINA PRINCIPAL** | **IMPRIMIR** | **VOLANTE DE PAGO**

Beneficio Dto. 1866/06