

Mercantil Andina

Cupón Oficial Asegurado

POLIZA: 003630422 000 00
ASEGURADO: 4800536 DIAZ PEDRO PABLO
DOMICILIO: BARRIO 9YA CEDILIA M-A CL. (5870) SAN MARTIN RDA
FECHA EMISION: 10.08.2023
VIGENCIA DE PÓLIZA: 05.01.2023 - 05.01.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
05.10.2023	$ 1.384,00

Si presenta plan de pago para la póliza 003630422 exemplare cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 10.08.2023

Mercantil Andina

Copia para el Asegurado y Emisor Recaudador

POLIZA: 003630422 000 00
ASEGURADO: 4800536 DIAZ PEDRO PABLO
FECHA EMISION: 10.08.2023
VIGENCIA POLIZA: 05.01.2023 - 05.01.2024
COD. DESPACHO: 105 0004298 LEOSA,JOAS MANUEL-VF 25.10.23
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
05.10.2023	$ 1.384,00

CODIGO DE PAGO ELECTRONICO:

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de: La Mercantil Andina
Av. Madero 942 P18. (1106) CF
N CUIT: 30-50003631-1
0033 A52311 03/10/2023 10:31:52
POLIZA N: 019 - 6363042Z
VENCIMIENTO: 05/10/2023
97185725 FAS FAS LA MERCANTIL ANDINA
$$$$$$$$$1384,00

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA OPERATORIA QUE LA MERCANTIL ANDINA HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN FACTURA.

0947011600000000053630422020210000001
38400232780000000000000

Incondicional. Siempre.

Mercantil Andina

Regístrate en www.mercantilandina.com.ar con tu DNI y este código 6800536

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 003630422 ENDOSO Nº 000001
VIGENCIA DEL SEGURO desde 05.05.2023 hasta 05.09.2023

ASEGURADO
DIAZ PEDRO PABLO
BARRIO STA CECILIA M-A C1
5570 - SAN MARTIN MZA
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA Nº 72000
105 8429/8 LEDDA, JUAN MANUEL

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

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

Según se detalla en suplemento adicional 01

Moneda $	Cotización 1,0000
Prima	4407,82
Impuestos y Sellados	114,61
I.V.A.	925,64
Percepción I.V.A.	132,23
PREMIO TOTAL	5580,30

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.

5500 MENDOZA 20 de ABRIL de 2023

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

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido resueltos previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-888-6262. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web institucional de la entidad.
El asegurado puede acercar un reclamo ante la entidad aseguradora cuando:
Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar

W.0670

Esteban Rodriguez
Gerente Comercial

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 6800536 DIAZ PEDRO PABLO
BARRIO STA CECILIA M-A C1 , (5570) SAN MARTIN MZA
IVA: Resp.Inscripto 20-16115724-5

Período..: 123 Días
Vigencia.: 05.05.2023 / 05.09.2023
F.Emisión: 20.04.2023

04 COBERTURA OCUPACIONAL
****

Coberturas de Subrama

Descripción del Riesgo — Suma Asegurada
TRANSPORTE TERRESTRE - CHOFER CAMIONES MERCADERÍAS NO PELIGROSAS — $
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

ACTIVIDAD AMPARADA: CHOFER DE CAMION - MERC. NO PELIGROSAS
PARA LA EFECTIVA PRESTACION DE LA COBERTURA,
SE REQUERIRÁN TODAS LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EXIGIDAS POR
LAS ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO PARA LA ACTIVIDAD
DECLARADA. EN CASO DE SINIESTRO, DE VERIFICARSE EL INCUM-
PLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE CUALESQUIERA DE DICHAS MEDIDAS
DE SEGURIDAD, EL EVENTO SE ENCONTRARÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDO
DE COBERTURA, QUEDANDO EXENTO DE RESPONSABILIDAD EL ASEGU-
RADOR. ELLO ASÍ DADO QUE LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE RIESGO FUE
REALIZADA TENIENDO EN MIRAS EL CUMPLIMIENTO Y SUFICIENCIA
DE LAS REFERIDAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.
SE EXCLUYE DE LA COBERTURA EL TRANSPORTE DE COMBUSTIBLES
Y DEMAS SUBSTANCIAS PELIGROSAS Y/O EXPLOSIVAS.

Descripción del Riesgo — Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR MUERTE Y/O POR INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE — $ 5000000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte según lo establecido en la cláusula 8 de las Condiciones Generales.- 5.000.000
Límite de cobertura, por persona, por Invalidez total y/o parcial permanente, hasta: según lo establecido en la cláusula 9 de las Condiciones Generales.- 5.000.000

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 — $ 500000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de asistencia médico-farmacéutica, hasta: según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3 con una franquicia deducible por evento de: por persona. 500.000 / 5.000

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

Descripción del Riesgo - — Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR GASTOS DE SEPELIO — $ 150000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de sepelio, por Accidente cubierto hasta: 150.000
"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: 5.650.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 5.650.000
ÁMBITO DE LA COBERTURA: REPÚBLICA ARGENTINA
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - COBERTURA OCUPACIONAL

QUEDA ESTABLECIDO Y CONVENIDO QUE, CONTRARIAMENTE A LO ESTI-
PULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, EL ASEGURADOR SE OBLIGA
AL PAGO DE LAS PRESTACIONES ESTIPULADAS EN LAS CONDICIONES
PARTICULARES, UNICAMENTE EN EL CASO DE QUE LA PERSONA DESIG-
NADA EN LAS MISMAS COMO ASEGURADO, SUFRIERA DURANTE LA VIGEN

Mercantil Andina

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 003630422 ENDOSO Nº 000002
VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 05.09.2023 Hasta las 12 hs. del 05.01.2024

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

ASEGURADO
DIAZ PEDRO PABLO
BARRIO STA CECILIA M-A C1
5570 - SAN MARTIN MZA
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA Nº 72000
105 8429/8 LEDDA, JUAN MANUEL

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

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

Según se detalla en suplemento adicional 01

Moneda $	Cotización 1,0000
Prima	4372,39
Impuestos y Sellados	113,68
I.V.A.	918,20
Percepción I.V.A.	131,17
PREMIO TOTAL	5535,44

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.

5500 MENDOZA 18 de AGOSTO de 2023

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

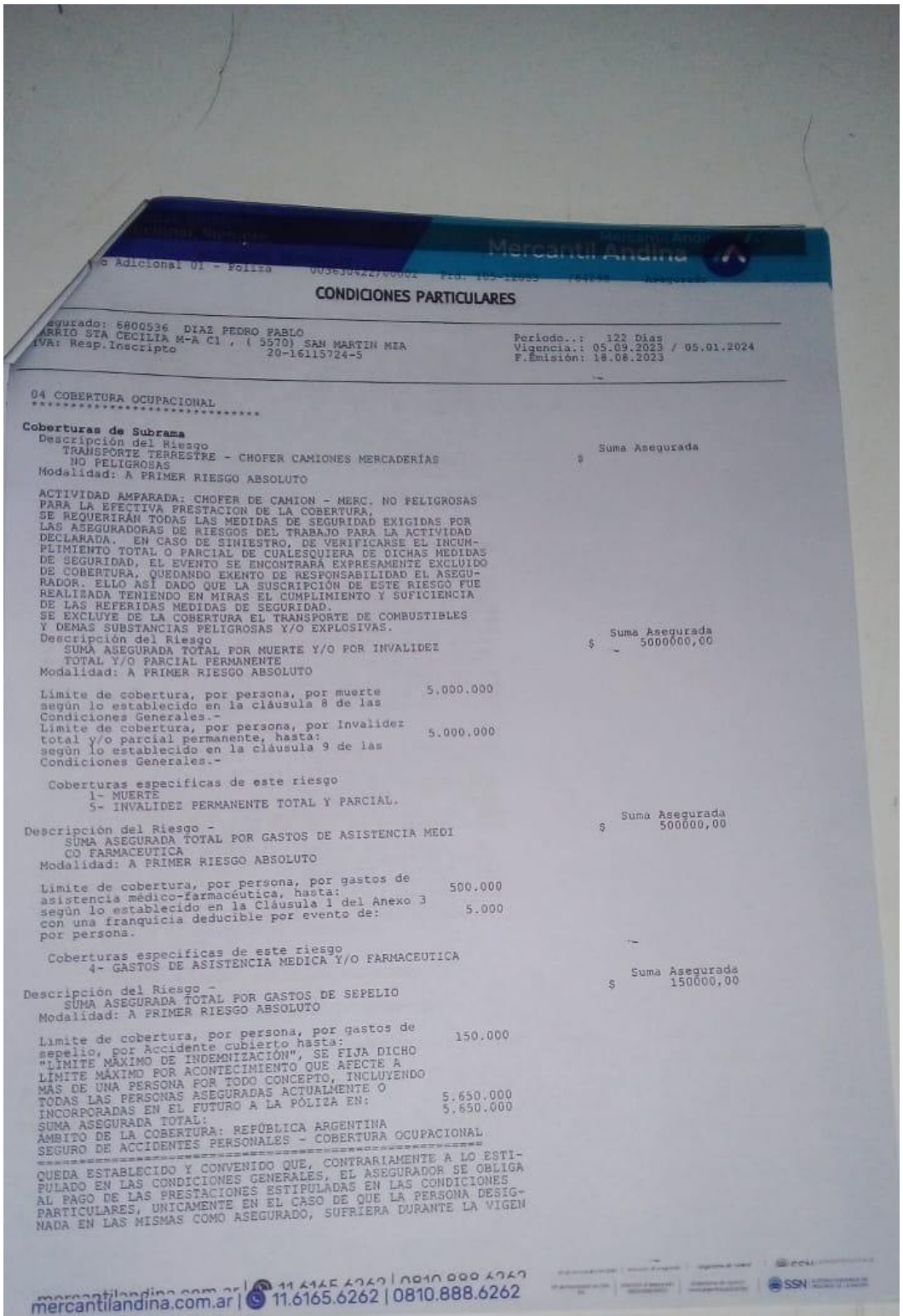
Cláusulas y/o Anexos

Cláusulas y anexos según detalle en Suplemento Adicional 01

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

Por reclamos: Que no tenemos resuelto satisfactoriamente, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-888-6262. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web de la compañía: www.mercantilandina.com.ar
En caso de que existiere 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



Mercantil Andina

o Adicional 01 - Poliza

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 6800536 DIAZ PEDRO PABLO
BARRIO STA CECILIA M-A C1 , (5570) SAN MARTIN MIA
IVA: Resp.Inscripto 20-16115724-5

Periodo..: 122 Dias
Vigencia..: 05.09.2023 / 05.01.2024
F.Emisión: 18.08.2023

04 COBERTURA OCUPACIONAL
****

Coberturas de Subrama

Descripción del Riesgo — Suma Asegurada
TRANSPORTE TERRESTRE - CHOFER CAMIONES MERCADERIAS NO PELIGROSAS — $ -
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

ACTIVIDAD AMPARADA: CHOFER DE CAMION - MERC. NO PELIGROSAS
PARA LA EFECTIVA PRESTACION DE LA COBERTURA,
SE REQUERIRÁN TODAS LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EXIGIDAS POR
LAS ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO PARA LA ACTIVIDAD
DECLARADA. EN CASO DE SINIESTRO, DE VERIFICARSE EL INCUM-
PLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE CUALESQUIERA DE DICHAS MEDIDAS
DE SEGURIDAD, EL EVENTO SE ENCONTRARÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDO
DE COBERTURA, QUEDANDO EXENTO DE RESPONSABILIDAD EL ASEGU-
RADOR. ELLO ASÍ DADO QUE LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE RIESGO FUE
REALIZADA TENIENDO EN MIRAS EL CUMPLIMIENTO Y SUFICIENCIA
DE LAS REFERIDAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.
SE EXCLUYE DE LA COBERTURA EL TRANSPORTE DE COMBUSTIBLES
Y DEMAS SUBSTANCIAS PELIGROSAS Y/O EXPLOSIVAS.

Descripción del Riesgo — Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR MUERTE Y/O POR INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE — $ 5000000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por muerte según lo establecido en la cláusula 8 de las Condiciones Generales.-	5.000.000
Limite de cobertura, por persona, por Invalidez total y/o parcial permanente, hasta: según lo establecido en la cláusula 9 de las Condiciones Generales.-	5.000.000

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 — $ 500000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por gastos de asistencia médico-farmacéutica, hasta:	500.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3 con una franquicia deducible por evento de: por persona.	5.000

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

Descripción del Riesgo — Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR GASTOS DE SEPELIO — $ 150000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por gastos de sepelio, por Accidente cubierto hasta:	150.000
"LIMITE MAXIMO DE INDEMNIZACION", SE FIJA DICHO LIMITE MAXIMO POR ACONTECIMIENTO QUE AFECTE A MAS DE UNA PERSONA POR TODO CONCEPTO, INCLUYENDO TODAS LAS PERSONAS ASEGURADAS ACTUALMENTE O INCORPORADAS EN EL FUTURO A LA PÓLIZA EN:	5.650.000
SUMA ASEGURADA TOTAL:	5.650.000

ÁMBITO DE LA COBERTURA: REPÚBLICA ARGENTINA
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - COBERTURA OCUPACIONAL

QUEDA ESTABLECIDO Y CONVENIDO QUE, CONTRARIAMENTE A LO ESTI-
PULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, EL ASEGURADOR SE OBLIGA
AL PAGO DE LAS PRESTACIONES ESTIPULADAS EN LAS CONDICIONES
PARTICULARES, UNICAMENTE EN EL CASO DE QUE LA PERSONA DESIG-
NADA EN LAS MISMAS COMO ASEGURADO, SUFRIERA DURANTE LA VIGEN