Registrate en www.mercantilandina.com.ar con tu DNI y este código 7510270

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 003695757 ENDOSO Nº 000002

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 03.12.2023 Hasta las 12 hs. del 03.04.2024

ASEGURADO
CASADO JUAN MIGUEL
Alem N° 1569
5560 - TUNUYAN MZA
IVA: Consumidor Final

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 81583
119 8672/5 GOTTARDINI SARCINELLA,CRISTIAN

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

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.

5500 MENDOZA 17 de NOVIEMBRE de 2023

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 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 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.

Moneda $	Cotización 1,0000

Prima	6423,47
Impuestos y Sellados	1515,94
I.V.A.	
PREMIO TOTAL	7939,41

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

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 teléfono 0810-888-6262. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mercantilandina.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.

01162030020000000000000000006369575700000000000213201736866268 -10000081583100000086725070077

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 7510270 CASADO JUAN MIGUEL
Alem N° 1569 , (5560) TUNUYAN MZA
IVA: Consumidor Final

Período..: 122 Días
Vigencia.: 03.12.2023 / 03.04.2024
F.Emisión: 17.11.2023

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	$	8000000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte 4.000.000
según lo establecido en la cláusula 8 de las
Condiciones Generales.-
Límite de cobertura, por persona, por Invalidez
total y/o parcial permanente, hasta: 4.000.000
según lo establecido en la cláusula 9 de las
Condiciones Generales.-

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	$	800000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de
asistencia médico-farmacéutica, hasta: 400.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3
con una franquicia deducible por evento de: 4.000
por persona.

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	$	300000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite 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: 5.500.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 9.100.000
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

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 003695757/00002 Prd. 119-10071 /86725 Asegurado 2

CONDICIONES PARTICULARES

CIA DEL SEGURO ALGUN ACCIDENTE MIENTRAS SE ENCUENTRE EN EL LUGAR Y EN OCASIÓN DEL TRABAJO, DESEMPEÑANDO TAREAS DENUNCIADAS EN LA POLIZA, LAS 24 HORAS DEL DIA.
SE EXCLUYEN LOS ACCIDENTES "IN-ITINERE"
SE MANTIENEN INVARIABLES TODAS LAS DISPOSICIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES NO EXPRESAMENTE MODIFICADAS POR ESTA CLAUSULA.-
ÁMBITO DE LA COBERTURA: REPÚBLICA ARGENTINA
CLAUSULA DE BENEFICIARIO----------
Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo estipulado en la cláusula de Designacion de Beneficiarios en lo -- que respecta a la institución de Beneficiario en primer término, de acuerdo con lo expresamente solicitado por el Asegurado, se deja establecido por el presente anexo que la(s) empresa(s) que figura(n) al pie de la presente, será(n) el/los único(s) Beneficiario(s) de la presente póliza en la medida que su responsabilidad, respecto del Asegurado, en tanto se haya accidentado mientras el mismo se encuentre ejecutando-- locación de servicio contratado por la(s) empresa(s) que también figura(n) al pié de la presente cláusula, cumpliendo todas inherentes a la pertinente contratación y/o circunstancias que le generen responsabilidad a la misma.----------
R.P.B. S.A. CUIT: 30-66313737-5
SOLVENCIA S.A. CUIT: 30-70857191-8

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 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 SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO, LAS PROVINCIAS Y LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES EN EL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA.
R.P.B. S.A. CUIT: 30-66313737-5
SOLVENCIA S.A. CUIT: 30-70857191-8

Coberturas especificas de este riesgo
6- GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL

Cláusulas y/o Anexos:
00:1,5/2/3,2/3,5/3,8/3,40/40/92/ANEXO,III/ANEXO,II/
04:4/
00:3,1/
Prima: $ 6423,47 Rec. Fin. e Impuestos: 1515,94 Premio: 7939,41

Productor..: 8672/5 GOTTARDINI SARCINELLA,CRISTIAN
Localidad..: (5560) TUNUYAN MZA

Plan de Pago

Cuota	Vto.Asegu.	Importe
1	03.12.2023	1984,41
2	03.01.2024	1985,00
3	03.02.2024	1985,00
4	03.03.2024	1985,00

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: 003695757 002 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7510270 CASADO JUAN MIGUEL
DOMICILIO: Alem N° 1569, (5560) TUNUYAN MZA
FECHA EMISION: 17.11.2023
VIGENCIA DE PÓLIZA: 03.04.2023 - 03.04.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
03.12.2023	$ 1.984,41

El presente plan de pago para la póliza 003695757 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 17.11.2023

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: 003695757 002 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7510270 CASADO JUAN MIGUEL
FECHA EMISION: 17.11.2023
VIGENCIA PÓLIZA: 03.04.2023 - 03.04.2024
COD. DESPACHO: 119 0086725 GOTTARDINI SARCINELLA,CRISTIAN-VP 27.12.23
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
03.12.2023	$ 1.984,41

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO: PAGOMISCUENTAS/RAPIPAGO/PAGO FÁCIL: 7510270/4
CÓDIGO DE LINK PAGOS: 0000000000063695757

09400603695757002011000198441008672503122399991169

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: 003695757 002 02 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7510270 CASADO JUAN MIGUEL
DOMICILIO: Alem N° 1569, (5560) TUNUYAN MZA
FECHA EMISION: 17.11.2023
VIGENCIA DE PÓLIZA: 03.04.2023 - 03.04.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
03.01.2024	$ 1.985,00

El presente plan de pago para la póliza 003695757 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 17.11.2023

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: 003695757 002 02 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7510270 CASADO JUAN MIGUEL
FECHA EMISION: 17.11.2023
VIGENCIA PÓLIZA: 03.04.2023 - 03.04.2024
COD. DESPACHO: 119 0086725 GOTTARDINI SARCINELLA,CRISTIAN-VP 29.01.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
03.01.2024	$ 1.985,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO: PAGOMISCUENTAS/RAPIPAGO/PAGO FÁCIL: 7510270/4
CÓDIGO DE LINK PAGOS: 0000000000063695757

09400603695757002021000198500008672503012499991163

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: 003695757 002 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7510270 CASADO JUAN MIGUEL
DOMICILIO: Alem N° 1569, (5560) TUNUYAN MZA
FECHA EMISION: 17.11.2023
VIGENCIA DE PÓLIZA: 03.04.2023 - 03.04.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
03.02.2024	$ 1.985,00

El presente plan de pago para la póliza 003695757 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 17.11.2023

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: 003695757 002 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7510270 CASADO JUAN MIGUEL
FECHA EMISION: 17.11.2023
VIGENCIA PÓLIZA: 03.04.2023 - 03.04.2024
COD. DESPACHO: 119 0086725 GOTTARDINI SARCINELLA,CRISTIAN-VP 27.02.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
03.02.2024	$ 1.985,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO: PAGOMISCUENTAS/RAPIPAGO/PAGO FÁCIL: 7510270/4
CÓDIGO DE LINK PAGOS: 0000000000063695757

09400603695757002031000198500008672503022499991169

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: 003695757 002 04 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7510270 CASADO JUAN MIGUEL
DOMICILIO: Alem N° 1569, (5560) TUNUYAN MZA
FECHA EMISION: 17.11.2023
VIGENCIA DE PÓLIZA: 03.04.2023 - 03.04.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
03.03.2024	$ 1.985,00

El presente plan de pago para la póliza 003695757 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 17.11.2023

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: 003695757 002 04 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7510270 CASADO JUAN MIGUEL
FECHA EMISION: 17.11.2023
VIGENCIA PÓLIZA: 03.04.2023 - 03.04.2024
COD. DESPACHO: 119 0086725 GOTTARDINI SARCINELLA,CRISTIAN-VP 27.03.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
03.03.2024	$ 1.985,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO: PAGOMISCUENTAS/RAPIPAGO/PAGO FÁCIL: 7510270/4
CÓDIGO DE LINK PAGOS: 0000000000063695757

09400603695757002041000198500008672503032499991165

Fecha: 28/11/2023 **Hoja Nº:** 0001

ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE POLIZA N° 003695757/000002

CONTRATANTE : CASADO JUAN MIGUEL ACTIVIDAD : PRODUCTOR: 86725

DOMICILIO : Alem NRO: 1569 LOCALIDAD : TUNUYAN MZA

NRO. ITEM	APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	VIGENCIA DESDE	CAPITAL ASEGURADO	DOCUMENTO TIPO-NUMERO
1	CASADO JUAN MIGUEL	01.01.1965	03.04.2023	4.550.000,00	DNI 17.368.662
2	GONZALEZ JESUS CEFERINO	09.06.1977	03.04.2023	4.550.000,00	DNI 26.051.503

LOS ABAJO NOMINADOS SON BENEFICIARIOS POR ORDEN DE ITEM DE LOS ASEGURADOS PRECEDENTES

NRO.ITEM	APELLIDO Y NOMBRE	NRO.DOC	PARENTESCO	FEC.NAC
1	HEREDEROS LEGALES		OTRO	01.01.0001

FD0690