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)

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 003849511 ENDOSO Nº 000002

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 01.03.2024 Hasta las 12 hs. del 01.07.2024

ASEGURADO
BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246
5600 - SAN RAFAEL MZA
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 53093
109 8333/5 FERNANDEZ,WALTER HERNAN

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
Prima	33786,18
Impuestos y Sellados	878,44
I.V.A.	7095,10
Percepción I.V.A.	1013,59
PREMIO TOTAL	42773,31

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.-

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

5500 MENDOZA 28 de FEBRERO de 2024

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 cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx8132

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.

01162030020000000000000000006384951100000000000213202270193615 -20000053093200000833350700 74

FACTURA

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 003849511 ENDOSO Nº 000002

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 01.03.2024 Hasta las 12 hs. del 01.07.2024

ASEGURADO
BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246
5600 - SAN RAFAEL MZA
IVA: Resp.Inscripto
C.U.I.T. 20-22701936-1

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 53093
109 8333/5 FERNANDEZ,WALTER HERNAN

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.

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.-

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

5500 MENDOZA 28 de FEBRERO de 2024

Moneda $	Cotización
Prima	33786,18
Impuestos y Sellados	878,44
I.V.A.	7095,10
Percepción I.V.A.	1013,59
PREMIO TOTAL	42773,31

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 cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx8132

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.

01162030020000000000000000006384951100000000000213202270193615 -20000053093200000833350700 74

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246 , (5600) SAN RAFAEL MZA
IVA: Resp.Inscripto 20-22701936-1

Período..: 122 Días
Vigencia.: 01.03.2024 / 01.07.2024
F.Emisión: 28.02.2024

04 COBERTURA OCUPACIONAL
****

Coberturas de Subrama

Descripción del Riesgo		Suma Asegurada
CHOFER camiones media / larga distancia radio de màs de 200 km.- Tte. no peligroso	$	

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Descripción del Riesgo		Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR MUERTE Y/O POR INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE	$	18000000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte según lo establecido en la cláusula 8 de las Condiciones Generales.- 18.000.000

Límite de cobertura, por persona, por Invalidez total y/o parcial permanente, hasta: según lo establecido en la cláusula 9 de las Condiciones Generales.- 18.000.000

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	$	7500,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por gastos de sepelio, por Accidente cubierto hasta: 7.500

"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: 18.507.500

SUMA ASEGURADA TOTAL: 18.507.500

ÁMBITO DE LA COBERTURA: REPÚBLICA ARGENTINA

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES - COBERTURA OCUPACIONAL

QUEDA ESTABLECIDO Y CONVENIDO QUE, CONTRARIAMENTE A LO ESTIPULADO 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 DESIGNADA EN LAS MISMAS COMO ASEGURADO, SUFRIERA DURANTE LA VIGENCIA 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.

LA PRESENTE COBERTURA SE AMPLIA A CUBRIR CUANDO EL DAÑO SE PRODUZCA EN EL TRAYECTO ENTRE EL DOMICILIO DEL ASEGURADO Y SU LUGAR DE TRABAJO, O VISCEVERSA, SIEMPRE QUE EL RECORRIDO NO HUBIERA SIDO INTERRUMPIDO EN INTERES PARTICULAR DEL TRABAJADOR, O POR CUALQUIER RAZÓN EXTRAÑA AL TRABAJO, SIEMPRE QUE DICHO ACCIDENTE FUERE LA CAUSA ORIGINARIA DE SU MUERTE O INVALIDEZ PERMANENTE, TOTAL O PARCIAL, Y QUE LAS CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE SE MANIFIESTEN A MÁS TARDAR DENTRO DE UN AÑO A CONTAR DE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL MISMO. ASIMISMO QUEDA EXCLUIDO DE ESTE SEGURO TODO ACCIDENTE OCURRIDO AL ASEGURADO MIENTRAS VIAJE EN OTROS MEDIOS DE TRANSPORTE QUE

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 003849511/00002 Prd. 109-12056 /83335 Asegurado 2

CONDICIONES PARTICULARES

LOS INDICADOS EN LA CLAUSULA 3 DE LAS CONDICIONES GENERALES
O CUANDO TOME PARTE EN JUEGOS, DEPORTES O DIVERSIONES, AUN
EN LOS HORARIOS DE TRABAJO.
SE MANTIENEN INVARIABLES TODAS LAS DISPOSICIONES DE LAS CON-
DICIONES GENERALES NO EXPRESAMENTE MODIFICADAS POR ESTA
CLAUSULA.-
AMBITO DE LA COBERTURA: REPUBLICA ARGENTINA.-
IMPORTANTE: PARA LA COBERTURA DEL TRAYECTO "INITINERE" SE
CONTEMPLA EL USO DE VEHÍCULOS NO AUTOPROPULSADOS, TALES COMO
BICICLETAS.-
CLAUSULA DE BENEFICIARIO----------
Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo estipu-
lado en la cláusula de Designacion de Beneficiarios en lo --
que respecta a la institución de Beneficiario en primer tér-
mino, de acuerdo con lo expresamente solicitado por el Asegu
rado, se deja establecido por el presente anexo que la(s) em
presa(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 tam
bién figura(n) al pié de la presente cláusula, cumpliendo ta
reas inherentes a la pertinente contratación y/o circunstan-
cias que le generen responsabilidad a la misma.----------
RPB S.A CUIT N° 30-66313737-5
SIDERCA S.A.I.C CUIT: 30-55
081599-7
SIAT SA CUIT: 30-60745136-9
SCRAPSERVICE S A
CUIT: 30-68724249-8

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, AMPA
RADOS POR LA COBERTURA DE LA PRESENTE, POR ACCIDENTES OCURRI
DOS 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 SE-
GURIDAD 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.
RPB S.A
CUIT N° 30-66313737-5
-ENERGIA ARGENTINA S.A. 30-70909972-4
-TECHINT COMPAÑIA TECNICA INTERNACIONAL SACI SACDE SOCIEDAD
ARGENTINA DE CONSTRUCCION Y DESARROLLO ESTRATEGICO SA U. T.
E. CUIT 30-71768372-9
-SIAT SOCIEDAD ANONIMA 30-60745136-9
-SACDE SOCIEDAD ARGENTINA DE CONSTRUCCION Y DESARROLLO
ESTRATEGICO S.A. 30-56845745-1
-TECHINT COMPAÑIA TECNICA INTERNACIONAL SOCIEDAD ANONIMA
COMERCIAL E INDUSTRIAL CUIT 30-54798102-9
SIDERCA CUIT 30
-55081599-7
YPF S.A. CUIT 30-54668997-9 -
SCRAPSERVICE
S A CUIT: 30-68724249-8

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: $ 33786,18 Rec. Fin. e Impuestos: 8987,13 Premio: 42773,31

Productor..: 8333/5 FERNANDEZ,WALTER HERNAN
Localidad..: (5500) MENDOZA MZA

Plan de Pago

Cuota	Vto.Asegu.	Importe
1	01.03.2024	10694,31
2	01.04.2024	10693,00
3	01.05.2024	10693,00
4	01.06.2024	10693,00

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: 003849511 002 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
DOMICILIO: NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246, (5600) SAN RAFAEL MZA
FECHA EMISION: 28.02.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 01.11.2023 - 01.07.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
01.03.2024	$ 10.694,31

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx8132

El presente plan de pago para la póliza 003849511 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 28.02.2024

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: 003849511 002 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
FECHA EMISION: 28.02.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 01.11.2023 - 01.07.2024
COD. DESPACHO: 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 25.03.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
01.03.2024	$ 10.694,31

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060384951100201100106943100833350103249999116 6

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: 003849511 002 02 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
DOMICILIO: NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246, (5600) SAN RAFAEL MZA
FECHA EMISION: 28.02.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 01.11.2023 - 01.07.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
01.04.2024	$ 10.693,00

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx8132

El presente plan de pago para la póliza 003849511 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 28.02.2024

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: 003849511 002 02 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
FECHA EMISION: 28.02.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 01.11.2023 - 01.07.2024
COD. DESPACHO: 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 25.04.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
01.04.2024	$ 10.693,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060384951100202100106930000833350104249999116 1

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: 003849511 002 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
DOMICILIO: NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246, (5600) SAN RAFAEL MZA
FECHA EMISION: 28.02.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 01.11.2023 - 01.07.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
01.05.2024	$ 10.693,00

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx8132

El presente plan de pago para la póliza 003849511 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 28.02.2024

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: 003849511 002 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
FECHA EMISION: 28.02.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 01.11.2023 - 01.07.2024
COD. DESPACHO: 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 27.05.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
01.05.2024	$ 10.693,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060384951100203100106930000833350105249999116 7

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: 003849511 002 04 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
DOMICILIO: NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246, (5600) SAN RAFAEL MZA
FECHA EMISION: 28.02.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 01.11.2023 - 01.07.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
01.06.2024	$ 10.693,00

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx8132

El presente plan de pago para la póliza 003849511 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 28.02.2024

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: 003849511 002 04 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
FECHA EMISION: 28.02.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 01.11.2023 - 01.07.2024
COD. DESPACHO: 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 25.06.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
01.06.2024	$ 10.693,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060384951100204100106930000833350106249999116 3

Fecha: 28/02/2024 **Hoja Nº:** 0001

ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE POLIZA N° 003849511/000002

CONTRATANTE : BUSTAMANTE SERGIO MARCELO ACTIVIDAD : PRODUCTOR: 83335

DOMICILIO : NUESTRA SRA DEL R NRO: 1246 LOCALIDAD : SAN RAFAEL MZA

NRO. ITEM	APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	VIGENCIA DESDE	CAPITAL ASEGURADO	DOCUMENTO TIPO-NUMERO
1	BUSTAMANTE MARCELO	04.07.1972	11.11.2014	18.507.500,00	DNI 22.701.936

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

NRO.ITEM	APELLIDO Y NOMBRE	NRO.DOC	PARENTESCO	FEC.NAC

FD0690