Mercantil Andina

POLIZA: 003923338 RAMA: ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7581311 CARRICONDO ALEJANDRO ALFREDO
DOMICILIO: Las Margaritas 1475, (5531) FRAY BELTR MZA
FECHA EMISION: 07.02.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 07.02.2024 - 05.06.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
05.03.2024	$ 3.379,99

El presente plan de pago para la póliza 003923338 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 07.02.2024

Mercantil Andina

Cupón para la Compañía o Entidad Recaudadora

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-9
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 003923338 RAMA: ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7581311 CARRICONDO ALEJANDRO ALFREDO
FECHA EMISION: 07.02.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 07.02.2024 - 05.06.2024
COD. DESPACHO: 101 0092615 DI GIOVAMBATTISTA,BETSABE-VP 25.03.24
Endoso

VTO. PAGO	IMPORTE
05.03.2024	$ 3.379,99

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO: PAGOMISCUENTAS/RAPIPAGO/PAGO FACIL: 7581311/2
CÓDIGO DE LINK PAGOS: 0000000000003923338

0940060392333800000150033799900926150503249999116 3

RAPIPAGO ORIGINAL

Puesto: 016182

Fecha: 12/03/2024 Hora: 17:22:18

Empresa: 186 MERCANTIL ANDINA

Importe: $3.379,99 PESOS

Cliente: 00000000639233380002

Nro.Op:0161821710274954569

Cod.Seg:3210890FFD

PAGA TUS FACTURAS CON TARJETA DE DEBITO.

RETIRA EFECTIVO CON TU TARJETA DE DEBITO.

WWW.RAPIPAGO.COM.AR

----------*****----------

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: 003923338 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7581311 CARRICONDO ALEJANDRO ALFREDO
DOMICILIO: Las Margaritas 1475, (5531) FRAY BELTR MZA
FECHA EMISION: 07.02.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 07.02.2024 - 05.06.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
05.03.2024	$ 3.379,99

El presente plan de pago para la póliza 003923338 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 07.02.2024

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: 003923338 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7581311 CARRICONDO ALEJANDRO ALFREDO
FECHA EMISION: 07.02.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 07.02.2024 - 05.06.2024
COD. DESPACHO: 101 0092615 DI GIOVAMBATTISTA,BETSABE-VP 25.03.24
Endoso

VTO. PAGO	IMPORTE
05.03.2024	$ 3.379,99

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO: PAGOMISCUENTAS/RAPIPAGO/PAGO FACIL: 7581311/2
CÓDIGO DE LINK PAGOS: 0000000000003923338

0940060392333800000150033799900926150503249999116 3

RAPIPAGO ORIGINAL

Puesto: 016182
Fecha: 12/03/2024 Hora: 17:22:18
Empresa: 186 MERCANTIL ANDINA
Importe: $3,379.99 PESOS
Cliente: 00000000639233380002
Nro.Op:0161821710274954569
Cod.Seg:3210890FFD

PAGA TUS FACTURAS CON TARJETA DE DEBITO.
RETIRA EFECTIVO CON TU TARJETA DE DEBITO.
WWW.RAPIPAGO.COM.AR

-----*****-----

Certificado de Cobertura Nº 0003649983

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 Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

SECCION	Accidentes Personales		
POLIZA Nº	63923338	0001	
SOLICITUD Nº	063923338	**ITEM Nº**	
VIGENCIA DEL SEGURO	07.02.2024	05.06.2024	

ASEGURADO
CARRICONDO ALEJANDRO ALFREDO
Las Margaritas 1475
(5531) - FRAY BELTR MZA

AGENTE INTERVINIENTE Matrícula Nº 89786
9261/5 DI GIOVAMBATTISTA,BETSABE

Advertencias al Asegurado

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Medios electrónicos de cobro.
b) Entidades Bancarias: pago en ventanilla o débito de cuenta
c) Tarjeta de débito, crédito o compras.
Todo pago realizado al Productor Asesor de Seguros, no es cancelatorio de su obligación hasta tanto se formalice el ingreso de los fondos en alguno de los sistemas previstos en el punto anterior. Esta Entidad Aseguradora y los Productores Asesores de Seguros que perciban premios tendrán la obligación de:
a) Ingresar el pago por los sistemas habilitados pertinentemente, dentro de los DOS (2) días hábiles de percibidos.
b) Entregar el comprobante de cancelación a los Asegurados dentro de las VEINTICUATRO (24) horas hábiles posteriores al aludido ingreso.
c) Si el Productor Asesor de Seguros ejerce su actividad en una localidad distante a más de VEINTICINCO (25) kilómetros de una boca de percepción correspondiente a los sistemas habilitados para el cobro, el plazo para el ingreso del pago estipulado en el inciso a) precedente se extenderá a CINCO (5) días hábiles.

01162030020000000000000000006392333800000000000115203290197651 -10000089786100000092615070079

Certificamos que esta Aseguradora cubre el riesgo indicado a continuación, sujeto a Términos, Condiciones Generales y Particulares, Limitaciones y Exclusiones de la póliza respectiva.
La extensión del presente certificado no implica renunciar a oponer la suspensión o caducidad de la cobertura por falta de pago.

Riesgos Cubiertos

Ubicación del Riesgo
FRAY LUIS BELTRAN
PLAN COBERTURA 24 HORAS

Moneda: PESOS

Coberturas del Seguro	**Suma Asegurada**
MUERTE E INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL	8.000.000 $
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA	800.000 $
GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL	150.000 $

Descripcion del Riesgo
TRANSPORTE TERRESTRE - CHOFER CAMIONES MERCADERÍAS

Apellido y Nombre	**D.N.I.**	**Nacido**
1 CARRICONDO ALEJANDRO ALFREDO	32.901.976	25.06.1987

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 INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE CUALESQUIERA DE DICHAS MEDIDAS DE SEGURIDAD, EL EVENTO SE ENCONTRARÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDO DE COBERTURA, QUEDANDO EXENTO DE RESPONSABILIDAD EL ASEGURADOR. 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.
Límite de cobertura, por persona, por muerte 8.000.000
según lo establecido en la cláusula 8 de las Condiciones Generales.-

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W0790

Certificado de Cobertura Nº 0003649983

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 Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

SECCION Accidentes Personales
POLIZA Nº 63923338 0001
SOLICITUD Nº 063923338 **ITEM Nº**
VIGENCIA DEL SEGURO 07.02.2024 05.06.2024

ASEGURADO
CARRICONDO ALEJANDRO ALFREDO
Las Margaritas 1475
(5531) - FRAY BELTR MZA

AGENTE INTERVINIENTE Matrícula Nº 89786
9261/5 DI GIOVAMBATTISTA,BETSABE

Advertencias al Asegurado

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Medios electrónicos de cobro.
b) Entidades Bancarias: pago en ventanilla o débito de cuenta
c) Tarjeta de débito, crédito o compras.
Todo pago realizado al Productor Asesor de Seguros, no es cancelatorio de su obligación hasta tanto se formalice el ingreso de los fondos en alguno de los sistemas previstos en el punto anterior.
Esta Entidad Aseguradora y los Productores Asesores de Seguros que perciban premios tendrán la obligación de:
a) Ingresar el pago por los sistemas habilitados pertinentemente, dentro de los DOS (2) días hábiles de percibidos.
b) Entregar el comprobante de cancelación a los Asegurados dentro de las VEINTICUATRO (24) horas hábiles posteriores al aludido ingreso.
c) SI el Productor Asesor de Seguros ejerce su actividad en una localidad distante a más de VEINTICINCO (25) kilómetros de una boca de percepción correspondiente a los sistemas habilitados para el cobro, el plazo para el ingreso del pago estipulado en el inciso a) precedente se extenderá a CINCO (5) días hábiles.

01162030020000000000000000006392333800000000000115203290197651 -10000089786100000926150700 79

Continuación ...

Límite de cobertura, por persona, por Invalidez total y/o parcial permanente, hasta: 8.000.000
según lo establecido en la cláusula 9 de las Condiciones Generales.-
Límite de cobertura, por persona, por gastos de asistencia médico-farmacéutica, hasta: 800.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3 con una franquicia deducible por evento de: 8.000
por persona.
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: 8.950.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 8.950.000
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.
RPB S.A. CUIT 30-66313737-5
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

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W0790

Certificado de Cobertura Nº 0003649983

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 Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

SECCION	Accidentes Personales		
POLIZA Nº	63923338	0001	
SOLICITUD Nº	063923338	**ITEM Nº**	
VIGENCIA DEL SEGURO	07.02.2024	05.06.2024	

ASEGURADO
CARRICONDO ALEJANDRO ALFREDO
Las Margaritas 1475
(5531) - FRAY BELTR MZA

AGENTE INTERVINIENTE Matrícula Nº 89786
9261/5 DI GIOVAMBATTISTA,BETSABE

Advertencias al Asegurado

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Medios electrónicos de cobro.
b) Entidades Bancarias: pago en ventanilla o débito de cuenta
c) Tarjeta de débito, crédito o compras.
Todo pago realizado al Productor Asesor de Seguros, no es cancelatorio de su obligación hasta tanto se formalice el ingreso de los fondos en alguno de los sistemas previstos en el punto anterior.
Esta Entidad Aseguradora y los Productores Asesores de Seguros que perciban premios tendrán la obligación de:
a) Ingresar el pago por los sistemas habilitados pertinentemente, dentro de los DOS (2) días hábiles de percibidos.
b) Entregar el comprobante de cancelación a los Asegurados dentro de las VEINTICUATRO (24) horas hábiles posteriores al aludido ingreso.
c) Si el Productor Asesor de Seguros ejerce su actividad en una localidad distante a más de VEINTICINCO (25) kilómetros de una boca de percepción correspondiente a los sistemas habilitados para el cobro, el plazo para el ingreso del pago estipulado en el inciso a) precedente se extenderá a CINCO (5) días hábiles.

01162030020000000000000000006392333800000000000115203290197651 -10000089786100000926150700 79

Continuación ...

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.
GENNEIA S.A. 30-66523411-4 GRUPO PEÑAFLOR S.A. 30-500548
04-1 RPB Sociedad Anonima 30-66313737-5 UNILEVER DE AR
GENTINA 30-50109269-6

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
El presente es un instrumento provisorio. Dentro de los QUINCE (15) DIAS corridos contados a partir de su fecha de emisión, deberá requerirse la entrega DE LA PÓLIZA respectiva.
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.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse via Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Este certificado fue emitido en C.I.A.S. NORTE, el 7 de FEBRERO de 2024

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W0790