Certificado de Cobertura Nº 0000019965

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel: 011 4310 5400 - fax: 011 4635 2470

C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913-50082-5-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065. I.V.A.: Respons. Insc. Agente Ret.

SECCION Accidentes Personales
POLIZA Nº 63968225 0000
SOLICITUD Nº 063968225 **ITEM Nº**
VIGENCIA DEL SEGURO 22.04.2024 19.04.2025

ASEGURADO
PAEZ GONZALO ADRIAN
Maipu 171
(3280) - COLON E R

AGENTE INTERVINIENTE Matrícula Nº 94689
9327/3 VERCELLINO,GASTON EDGARDO

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.

01162030020000000000000000006396822500000000000000202560875702 -10000094689100000932730500 56

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
COLON
PLAN COBERTURA 24 HORAS

Moneda: PESOS

Coberturas del Seguro	**Suma Asegurada**
MUERTE E INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL	10.000.000 $
GASTOS DE ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA	1.000.000 $
GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL	150.000 $

Descripcion del Riesgo
TRANSPORTE TERRESTRE - CHOFER CAMIONES MERCADERÍAS

Apellido y Nombre	**D.N.I.**	**Nacido**
1 PAEZ GONZALO ADRIAN	25.608.757	08.11.1976

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 10.000.000
según lo establecido en la cláusula 8 de las Condiciones Generales.-

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

Wo790

Certificado de Cobertura Nº 0000019965

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30500036914 - Ing. Brutos Nº: 913500825-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Insc. Agente Ret.

SECCION Accidentes Personales
POLIZA Nº 63968225 0000
SOLICITUD Nº 063968225 **ITEM Nº**
VIGENCIA DEL SEGURO 22.04.2024 19.04.2025

ASEGURADO
PAEZ GONZALO ADRIAN
Maipu 171
(3280) - COLON E R

AGENTE INTERVINIENTE Matrícula Nº 94689
9327/3 VERCELLINO,GASTON EDGARDO

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.

01162030020000000000000000006396822500000000000000202560875702 -10000094689100000932730500 56

Continuación ...

Límite de cobertura, por persona, por Invalidez total y/o parcial permanente, hasta:	10.000.000
según lo establecido en la cláusula 9 de las Condiciones Generales.-	
Límite de cobertura, por persona, por gastos de asistencia médico-farmacéutica, hasta:	1.000.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3 con una franquicia deducible por evento de:	10.000
por persona.	
Limite de cobertura, por persona, por gastos de sepelio, por Accidente cubierto hasta:	150.000

"LIMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN", SE FIJA DICHO

Eso es todo por ahora

Certificado de Cobertura Nº 0000019965

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel: 0261 4298388 • fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel: 011 4310 5400 • fax: 011 4331 2470

C.U.I.T. .....: 30-50000736-1 • Ing. Brutos Nº: 913-500182-5
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Insc. Agente Ret.

SECCION Accidentes Personales
POLIZA Nº 63968225 0000
SOLICITUD Nº 063968225 **ITEM Nº**
VIGENCIA DEL SEGURO 22.04.2024 19.04.2025

ASEGURADO
PAEZ GONZALO ADRIAN
Maipu 171
(3280) - COLON E R

AGENTE INTERVINIENTE Matrícula Nº 94689
9327/3 VERCELLINO,GASTON EDGARDO

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.

01162030020000000000000000006396822500000000000002025608757 02 -10000094689100000932730500 56

Continuación ...

RPB CUIT: 30-66313737-5

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 GUALEGUAYCHU, el 22 de ABRIL de 2024

Esteban Rodriguez
Gerente Comercial

W0790



El presente plan de pago para la póliza 003968225 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 22.04.2024

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: 003968225 000 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8878711 PAEZ GONZALO ADRIAN
DOMICILIO: Maipu 171, (3280) COLON E R
FECHA EMISION: 22.04.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 22.04.2024 - 19.04.2025

PAGADO

VTO. PAGO	IMPORTE
19.06.2024	$ 4.191,00

23 MAYO 2024

El presente plan de pago para la póliza 003968225 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 22.04.2024

Incondicional. Siempre.

Mercantil Andina

Registrate en www.mercantilandina.com.ar con tu DNI y este código 8878711

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 003968225 ENDOSO Nº 000001

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 22.04.2024 Hasta las 12 hs. del 19.04.2025

ASEGURADO
PAEZ GONZALO ADRIAN
Maipu 171
3280 - COLON E R
IVA: Consumidor Final

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA Nº 94689
237 9327/3 VERCELLINO,GASTON EDGARDO

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	Moneda $	Cotización
Según se detalla en suplemento adicional 01		

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
ENDOSO DE POLIZA
CAMBIO EN BENEFICIARIO Y CLAUSULA N/R (END. AP
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

1106 BUENOS AIRES 22 de ABRIL de 2024

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 Rodriguez
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.

01162030020000000000000000006396822500000000000115202560875703 -10000094689100000932730500 56

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 8878711 PAEZ GONZALO ADRIAN
Maipu 171 , (3280) COLON E R
IVA: Consumidor Final

Período..: 362 Días
Vigencia.: 22.04.2024 / 19.04.2025
F.Emisión: 22.04.2024

Motivo : CAMBIO EN BENEFICIARIO Y CLAUSULA N/R (E ND. AP WEB)

01 COBERTURA 24 HORAS
****

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	$	10000000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte 10.000.000
según lo establecido en la cláusula 8 de las
Condiciones Generales.-
Límite de cobertura, por persona, por Invalidez
total y/o parcial permanente, hasta: 10.000.000
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	$	1000000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de
asistencia médico-farmacéutica, hasta: 1.000.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3
con una franquicia deducible por evento de: 10.000
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	$	150000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por gastos de
sepelio, por Accidente cubierto hasta: 150.000
"LIMITE MÀXIMO 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: 11.150.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 11.150.000
ÁMBITO DE LA COBERTURA: MUNDIAL
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

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 003968225/00001 Prd. 237-20790 /93273 Asegurado 2

CONDICIONES PARTICULARES

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 N° 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 CUIT: 30-66313737-5

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/ANEXO,III/ANEXO,II/3,1/
Prima: $ 0,00 Rec. Fin. e Impuestos: 0,00 Premio: 0,00

Productor..: 9327/3 VERCELLINO,GASTON EDGARDO
Localidad..: (3280) COLON E R

Plan de Pago

Cuota	Vto.Asegu.	Importe

WD676

ACCIDENTES PERSONALES
emento Adicional 01 - Póliza 003968225/00001 Prd. 237-20790 /93273

CONDICIONES PARTICULARES

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 N° 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 CUIT: 30-66313737-5

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/ANEXO,III/ANEXO,II/3,1/
Prima: $ 0,00 Rec. Fin. e Impuestos: 0,00 Premio:

Productor..: 9327/3 VERCELLINO,GASTON EDGARDO
Localidad..: (3280) COLON E R

Plan de Pago

Cuota	Vto.Asegu.	Importe

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 8878711 PAEZ GONZALO ADRIAN
Maipu 171 , (3280) COLON E R
IVA: Consumidor Final

Período..: 362 Días
Vigencia.: 22.04.2024 / 19.04.2025
F.Emisión: 22.04.2024

Motivo : CAMBIO EN BENEFICIARIO Y CLAUSULA N/R (E ND. AP WEB)

01 COBERTURA 24 HORAS
****

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 $ 10000000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte según lo establecido en la cláusula 8 de las Condiciones Generales.- 10.000.000
Límite de cobertura, por persona, por Invalidez total y/o parcial permanente, hasta: según lo establecido en la cláusula 9 de las Condiciones Generales.- 10.000.000

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 $ 1000000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de asistencia médico-farmacéutica, hasta: 1.000.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3 con una franquicia deducible por evento de: 10.000
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 $ 150000,00
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: 11.150.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 11.150.000
ÁMBITO DE LA COBERTURA: MUNDIAL

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

W 0676