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 004015028 **ENDOSO Nº** 000004

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 14.10.2024 Hasta las 12 hs. del 14.02.2025

ASEGURADO
PADILLA DANIEL ANTONIO
TOMAS SABATTINI N° 1936
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	22682,42
Imp. y Sellos	589,74
I.V.A.	4763,31
PREMIO TOTAL	28035,47

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 N° 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 9 de OCTUBRE 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 xxxxxxxxxxxx7343

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.

FACTURA

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 004015028 **ENDOSO Nº** 000004

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 14.10.2024 Hasta las 12 hs. del 14.02.2025

ASEGURADO
PADILLA DANIEL ANTONIO
TOMAS SABATTINI Nº 1936
5600 - SAN RAFAEL MZA
IVA: Resp.Inscripto
C.U.I.T. 20-23507047-3

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA Nº 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 Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 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

Moneda $	Cotización
Prima	22682,42
Imp. y Sellos	589,74
I.V.A.	4763,31
PREMIO TOTAL	28035,47

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 9 de OCTUBRE 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 xxxxxxxxxxxx7343

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.

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 7283210 PADILLA DANIEL ANTONIO
TOMAS SABATTINI Nº 1936 , (5600) SAN RAFAEL MZA
IVA: Resp.Inscripto 20-23507047-3

Período..: 123 Días
Vigencia.: 14.10.2024 / 14.02.2025
F.Emisión: 09.10.2024

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 — $ 1500000,00
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 — 1.500.000
con una franquicia deducible por evento de: por persona. — 15.000

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 — $ 20000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por gastos de sepelio, por Accidente cubierto hasta: — 20.000
"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: — 11.520.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: — 11.520.000
ÁMBITO DE LA COBERTURA: MUNDIAL

INSTITUCION DE BENEFICIARIO
==========

SE ESTABLECEN LOS SIGUIENTES BENEFICIARIOS:
A) RESPECTO DE CUALQUIER ACCIDENTE O EVENTO CUBIERTO POR PÓ-
LIZA, 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

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 004015028/00004 Prd. 109-12056 /83335 Asegurado 2

CONDICIONES PARTICULARES

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 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 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 S.A . CUIT: 30-66313737-5

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

Cláusulas y/o Anexos:
00:1,5/2/3,2/3,5/3,8/3,40/40/92/ANEXO,III/ANEXO,II/3,1/
Prima: $ 22682,42 Rec. Fin. e Impuestos: 5353,05 Premio: 28035,47

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

Plan de Pago

Cuota	Vto.Asegu.	Importe
1	14.10.2024	7008,50
2	14.11.2024	7008,99
3	14.12.2024	7008,99
4	14.01.2025	7008,99

W 0676

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 004015028 004 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7283210 PADILLA DANIEL ANTONIO
DOMICILIO: TOMAS SABATTINI N° 1936, (5600) SAN RAFAEL MZA
FECHA EMISION: 09.10.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 14.06.2024 - 14.02.2025

PAGADO 23.10.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
14.10.2024	$ 7.008,50

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx7343

El presente plan de pago para la póliza 004015028 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 09.10.2024

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 Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 004015028 004 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7283210 PADILLA DANIEL ANTONIO
FECHA EMISION: 09.10.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 14.06.2024 - 14.02.2025
COD. DESPACHO: 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 25.10.24
Facturación

PAGADO 23.10.2024

VTO. PAGO	IMPORTE
14.10.2024	$ 7.008,50

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060401502800401100070085000833351410249999116 9

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 004015028 004 02 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7283210 PADILLA DANIEL ANTONIO
DOMICILIO: TOMAS SABATTINI N° 1936, (5600) SAN RAFAEL MZA
FECHA EMISION: 09.10.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 14.06.2024 - 14.02.2025

VTO. PAGO	IMPORTE
14.11.2024	$ 7.008,99

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx7343

El presente plan de pago para la póliza 004015028 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 09.10.2024

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 Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 004015028 004 02 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7283210 PADILLA DANIEL ANTONIO
FECHA EMISION: 09.10.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 14.06.2024 - 14.02.2025
COD. DESPACHO: 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 25.11.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
14.11.2024	$ 7.008,99

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060401502800402100070089900833351411249999116 4

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 004015028 004 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7283210 PADILLA DANIEL ANTONIO
DOMICILIO: TOMAS SABATTINI N° 1936, (5600) SAN RAFAEL MZA
FECHA EMISION: 09.10.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 14.06.2024 - 14.02.2025

VTO. PAGO	IMPORTE
14.12.2024	$ 7.008,99

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx7343

El presente plan de pago para la póliza 004015028 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 09.10.2024

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 Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 004015028 004 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7283210 PADILLA DANIEL ANTONIO
FECHA EMISION: 09.10.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 14.06.2024 - 14.02.2025
COD. DESPACHO: 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 26.12.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
14.12.2024	$ 7.008,99

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060401502800403100070089900833351412249999116 0

Mercantil **Andina**

Cupón Oficial Asegurado

Avda. Belgrano 672, CABA
C.U.I.T.: 30-50003691-1 / Ing. Brutos: 913500195-8
Caja Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 004015028 004 04 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7283210 PADILLA DANIEL ANTONIO
DOMICILIO: TOMAS SABATTINI N° 1936, (5600) SAN RAFAEL MZA
FECHA EMISION: 09.10.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 14.06.2024 - 14.02.2025

VTO. PAGO	IMPORTE
14.01.2025	$ 7.008,99

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx7343

El presente plan de pago para la póliza 004015028 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 09.10.2024

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 Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

POLIZA: 004015028 004 04 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7283210 PADILLA DANIEL ANTONIO
FECHA EMISION: 09.10.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 14.06.2024 - 14.02.2025
COD. DESPACHO: 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 27.01.25
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
14.01.2025	$ 7.008,99

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

0940060401502800404100070089900833351401259999116 0

Fecha: 24/10/2024 **Hoja Nº:** 0001

ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE POLIZA Nº 004015028/000004

CONTRATANTE : PADILLA DANIEL ANTONIO ACTIVIDAD : PRODUCTOR: 83335

DOMICILIO : TOMAS SABATTINI NRO: 1936 LOCALIDAD : SAN RAFAEL MZA

NRO. ITEM	APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	VIGENCIA DESDE	CAPITAL ASEGURADO	DOCUMENTO TIPO-NUMERO
1	PADILLA DANIEL ANTONIO	06.09.1973	14.06.2024	11.520.000,00	DNI 23.507.047

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

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