Mercantil **Andina**

Necochea 183, 5500, Capital Mendoza. Tel. 0261-4298388
Av. Belgrano 672, 1092, Ciudad Bs As. Tel. 011-43105400
Av. Moreno 687, 7500, Tres Arroyos. Tel. 02983-434090
C.U.I.T : 30-50003691-1

PAGADO

Recibo N° 174798518
TICKET N° 237278801010204

ACCIDENTES PERSONALES
Asegurado: 8394345 PAULETTI HORACIO DANIEL
Poliza: 63914269 4 Fecha de Vto.: 30.09.2024
Cuota: 1
Productor: 84821 CHIVISKY,MARIA FERNANDA

Premio: $ 2.751,20
DOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN CON 20 CTVS.*****
****
Forma de Pago: Depósito Bancario
Fecha Operación: 02.10.2024 Hora Operac.: 15:42:29

OSSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN | 0800-666-8400 | WWW.SSN.gob.ar

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 003914269 ENDOSO Nº 000004

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 30.09.2024 Hasta las 12 hs. del 30.01.2025

ASEGURADO
PAULETTI HORACIO DANIEL
10 De Junio 1945
2820 - GUALEGUAYC E R
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 69030
237 8482/1 CHIVISKY,MARIA FERNANDA

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	8726,56
Imp. y Sellos	183,26
I.V.A.	1832,58
Percep. I.V.A.	261,80
PREMIO TOTAL	11004,20

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 26 de SETIEMBRE 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 xxxxxxxxxxxx0565

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 003914269 ENDOSO Nº 000004

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 30.09.2024 Hasta las 12 hs. del 30.01.2025

ASEGURADO
PAULETTI HORACIO DANIEL
10 De Junio 1945
2820 - GUALEGUAYC E R
IVA: Resp.Inscripto
C.U.I.T. 23-22088895-9

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA Nº 69030
237 8482/1 CHIVISKY,MARIA FERNANDA

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	8726,56
Imp. y Sellos	183,26
I.V.A.	1832,58
Percep. I.V.A.	261,80
PREMIO TOTAL	11004,20

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 26 de SETIEMBRE 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 xxxxxxxxxxxx0565

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: 8394345 PAULETTI HORACIO DANIEL
10 De Junio 1945 , (2820) GUALEGUAYC E R
IVA: Resp.Inscripto 23-22088895-9

Período..: 122 Días
Vigencia.: 30.09.2024 / 30.01.2025
F.Emisión: 26.09.2024

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 — $ 7500000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte según lo establecido en la cláusula 8 de las Condiciones Generales.- 7.500.000

Límite de cobertura, por persona, por Invalidez total y/o parcial permanente, hasta: según lo establecido en la cláusula 9 de las Condiciones Generales.- 7.500.000

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 — $ 750000,00
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. 750.000 / 7.500

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 — $ 10624,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por gastos de sepelio, por Accidente cubierto hasta: 10.624
"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: 8.260.624
SUMA ASEGURADA TOTAL: 8.260.624
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 003914269/00004 Prd. 237-20790 /84821 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.
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 MAS 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 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 CONDICIONES 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 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 tam bién figura(n) al pié de la presente cláusula, cumpliendo ta reas inherentes a la pertinente contratación y/o circunstancias que le generen responsabilidad a la misma.----------
RPB S.A. 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 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. 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/
04:4/
00:3,1/
Prima: $ 8726,56 Rec. Fin. e Impuestos: 2277,64 Premio: 11004,20

Productor..: 8482/1 CHIVISKY,MARIA FERNANDA
Localidad..: (2820) GUALEGUAYC E R

Plan de Pago

Cuota	Vto.Asegu.	Importe
1	30.09.2024	2751,20
2	30.10.2024	2751,00
3	30.11.2024	2751,00
4	30.12.2024	2751,00

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: 003914269 004 01 RAMA: ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8394345 PAULETTI HORACIO DANIEL
DOMICILIO: 10 De Junio 1945, (2820) GUALEGUAYC E R
FECHA EMISION: 26.09.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 30.01.2024 - 30.01.2025

VTO. PAGO	IMPORTE
30.09.2024	$ 2.751,20

PAGADO 02.10.2024

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx0565

El presente plan de pago para la póliza 003914269 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 26.09.2024

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: 003914269 004 01 RAMA: ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8394345 PAULETTI HORACIO DANIEL
FECHA EMISION: 26.09.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 30.01.2024 - 30.01.2025
COD. DESPACHO: 237 0084821 CHIVISKY,MARIA FERNANDA-VP 10.10.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
30.09.2024	$ 2.751,20

PAGADO 02.10.2024

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

09400603914269004011000275120008482130092499991165

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: 003914269 004 02 RAMA: ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8394345 PAULETTI HORACIO DANIEL
DOMICILIO: 10 De Junio 1945, (2820) GUALEGUAYC E R
FECHA EMISION: 26.09.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 30.01.2024 - 30.01.2025

VTO. PAGO	IMPORTE
30.10.2024	$ 2.751,00

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx0565

El presente plan de pago para la póliza 003914269 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 26.09.2024

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: 003914269 004 02 RAMA: ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8394345 PAULETTI HORACIO DANIEL
FECHA EMISION: 26.09.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 30.01.2024 - 30.01.2025
COD. DESPACHO: 237 0084821 CHIVISKY,MARIA FERNANDA-VP 11.11.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
30.10.2024	$ 2.751,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

09400603914269004021000275100008482130102499991160

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: 003914269 004 03 RAMA: ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8394345 PAULETTI HORACIO DANIEL
DOMICILIO: 10 De Junio 1945, (2820) GUALEGUAYC E R
FECHA EMISION: 26.09.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 30.01.2024 - 30.01.2025

VTO. PAGO	IMPORTE
30.11.2024	$ 2.751,00

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx0565

El presente plan de pago para la póliza 003914269 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 26.09.2024

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: 003914269 004 03 RAMA: ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8394345 PAULETTI HORACIO DANIEL
FECHA EMISION: 26.09.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 30.01.2024 - 30.01.2025
COD. DESPACHO: 237 0084821 CHIVISKY,MARIA FERNANDA-VP 10.12.24
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
30.11.2024	$ 2.751,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

09400603914269004031000275100008482130112499991166

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: 003914269 004 04 RAMA: ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8394345 PAULETTI HORACIO DANIEL
DOMICILIO: 10 De Junio 1945, (2820) GUALEGUAYC E R
FECHA EMISION: 26.09.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 30.01.2024 - 30.01.2025

VTO. PAGO	IMPORTE
30.12.2024	$ 2.751,00

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx0565

El presente plan de pago para la póliza 003914269 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 26.09.2024

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: 003914269 004 04 RAMA: ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 8394345 PAULETTI HORACIO DANIEL
FECHA EMISION: 26.09.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 30.01.2024 - 30.01.2025
COD. DESPACHO: 237 0084821 CHIVISKY,MARIA FERNANDA-VP 10.01.25
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
30.12.2024	$ 2.751,00

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO:

09400603914269004041000275100008482130122499991162

Fecha: 29/10/2024 **Hoja Nº:** 0001

ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE POLIZA N° 003914269/000004

CONTRATANTE : PAULETTI HORACIO DANIEL ACTIVIDAD : PRODUCTOR: 84821

DOMICILIO : 10 De Junio 1945 NRO: LOCALIDAD : GUALEGUAYC E R

NRO. ITEM	APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	VIGENCIA DESDE	CAPITAL ASEGURADO	DOCUMENTO TIPO-NUMERO
1	PAULETTI HORACIO DANIEL	24.09.1971	30.01.2024	8.260.624,00	DNI 22.088.895

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

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

FD0690

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.

Certificado de Libre Deuda Nº 649262

SECCION	ACCIDENTES PERSONALES(6)
POLIZA Nº	003914269
ASEGURADO	PAULETTI HORACIO DANIEL
VIGENCIA	30.09.2024 - 30.01.2025

Próximo vencimiento: 30.10.2024

Por la presente certificamos que la póliza de referencia se encuentra con los pagos al día según lo establecido en las condiciones de póliza.

Débito automático: VISA XXXXXXXXXXXX0565

Se extiende el presente certificado a pedido del asegurado a los efectos de su presentación ante quién corresponda a los 29 días del mes de OCTUBRE de 2024.

El presente certificado acredita que los pagos han sido ingresados a través de los medios de cobranza habilitados por la Superintendencia de Seguros la Nación según Resolución 40541-E/2017 y sus modificatorias.

Mariano J. Bonifazi
Jefe Nacional de Cobranzas y CCP