

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: 004099184 000 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 9266309 FERNANDEZ JUAN JOSE
DOMICILIO: Emilio Civit 350, (5560) TUNUYAN MZA
FECHA EMISION: 14.10.2024
VIGENCIA DE PÓLIZA: 14.10.2024 - 14.02.2025

VTO. PAGO	IMPORTE
14.10.2024	$ 1.909,17

presente plan de pago para la póliza 004099184 reemplaza cualquier
cumento emitido con anterioridad a la fecha 14.10.2024

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

POLIZA: 004099184 000 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 9266309 FERNANDEZ JUAN JOSE
FECHA EMISION: 14.10.2024
VIGENCIA PÓLIZA: 14.10.2024 - 14.02.2025
COD. DESPACHO: 119 0084561 VERGARA, SERGIO FERNANDO-VP 28.10.24
Póliza

VTO. PAGO	IMPORTE
14.10.2024	$ 1.909,17

CODIGO DE PAGO ELECTRÓNICO: PAGOMISCUENTAS/RAPIPAGO/PAGO FÁCIL: 9266309/4
CÓDIGO DE LINK PAGOS: 0000000000064099184

0940060409918400001100019091700845611410249999116 5

Registrate en www.mercantilandina.com.ar con tu DNI y este código 9266309

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 004099184 ENDOSO Nº 000001

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 15.10.2024 Hasta las 12 hs. del 14.02.2025

ASEGURADO
FERNANDEZ JUAN JOSE
Emilio Civit 350
5560 - TUNUYAN MZA
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA Nº 80790
119 8456/1 VERGARA, SERGIO FERNANDO

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	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

5500 MENDOZA 15 de OCTUBRE 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 Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

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 existiere 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

Registrate en www.mercantilandina.com.ar con tu DNI y este código 9266309

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 004099184 ENDOSO Nº 000001

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 15.10.2024 Hasta las 12 hs. del 14.02.2025

ASEGURADO
FERNANDEZ JUAN JOSE
Emilio Civit 350
5560 - TUNUYAN MZA
IVA: Resp.Inscripto
C.U.I.T. 20-22259708-1

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 80790
119 8456/1 VERGARA, SERGIO FERNANDO

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 Rel.

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 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 15 de OCTUBRE 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 Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

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.

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Poliza 004099184/00001 Prd. 119-10071 /84561 Asegurado 1

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 9266309 FERNANDEZ JUAN JOSE
Emilio Civit 350 , (5560) TUNUYAN MZA
IVA: Resp.Inscripto 20-22259708-1

Período..: 122 Días
Vigencia.: 15.10.2024 / 14.02.2025
F.Emisión: 15.10.2024

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

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 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.

Descripción del Riesgo — Suma Asegurada
SUMA ASEGURADA TOTAL POR MUERTE Y/O POR INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE — $ 5000000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte según lo establecido en la cláusula 8 de las Condiciones Generales.- 5.000.000
Límite de cobertura, por persona, por Invalidez total y/o parcial permanente, hasta: según lo establecido en la cláusula 9 de las Condiciones Generales.- 5.000.000

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 — $ 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: 5.650.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 5.650.000
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 DESIG-

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 004099184/00001 Prd. 119-10071 /84561 Asegurado 2

CONDICIONES PARTICULARES

NADA EN LAS MISMAS COMO ASEGURADO, SUFRIERA DURANTE LA VIGEN
CIA DEL SEGURO ALGUN ACCIDENTE MIENTRAS SE ENCUENTRE EN EL
LUGAR Y EN OCASIÓN DEL TRABAJO, DESEMPEÑANDO TAREAS DENUN-
CIADAS 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 TRA-
BAJADOR, 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 CONSECUEN-
CIAS 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 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 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, 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 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/
04:4/
00:3,1/

Prima: $ 0,00 Rec. Fin. e Impuestos: 0,00 Premio: 0,00

Productor..: 8456/1 VERGARA,SERGIO FERNANDO
Localidad..: (5560) TUNUYAN MZA

Plan de Pago

Cuota	Vto.Asegu.	Importe

Fecha: 15/10/2024 **Hoja Nº:** 0001

ACCIDENTES PERSONALES
ANEXO DE POLIZA N° 004099184/000001

CONTRATANTE : FERNANDEZ JUAN JOSE
DOMICILIO : Emilio Civit 350 NRO:

ACTIVIDAD :
LOCALIDAD : TUNUYAN MZA

PRODUCTOR: 84561

NRO. ITEM	APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	VIGENCIA DESDE	CAPITAL ASEGURADO	DOCUMENTO TIPO-NUMERO
1	FERNANDEZ, JUAN JOSE	08.02.1972	14.10.2024	5.650.000,00	DNI 22.259.708

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

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