SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 004147369 ENDOSO Nº 000009

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 24.09.2025 Hasta las 12 hs. del 03.01.2026

ASEGURADO
BALADA JOSE MANUEL
Alvarez Condarco 427 - Ba
5570 - SAN MARTIN MZA
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 72000
105 8429/8 LEDDA, JUAN MANUEL

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400
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
Según se detalla en suplemento adicional 01

Moneda $	Cotización

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
ENDOSO DE POLIZA
CAMBIO EN NOMINA (END. AP WEB)
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 24 de SETIEMBRE de 2025

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

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 004147369 ENDOSO Nº 000009

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 24.09.2025 Hasta las 12 hs. del 03.01.2026

ASEGURADO
BALADA JOSE MANUEL
Alvarez Condarco 427 - Ba
5570 - SAN MARTIN MZA
IVA: Resp.Inscripto
C.U.I.T. 20-42167082-0

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 72000
105 8429/8 LEDDA, JUAN MANUEL

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
ENDOSO DE POLIZA
CAMBIO EN NOMINA (END. AP WEB)
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 24 de SETIEMBRE de 2025

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400
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.

Moneda $	Cotización

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

-

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: 9209798 BALADA JOSE MANUEL
Alvarez Condarco 427 - Ba , (5570) SAN MARTIN MZA
IVA: Resp.Inscripto 20-42167082-0

Período..: 101 Días
Vigencia.: 24.09.2025 / 03.01.2026
F.Emisión: 24.09.2025

Motivo : CAMBIO EN NOMINA (END. 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 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	$	120000000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte:.....
..... 60.000.000
según lo establecido en la cláusula 8 de las
Condiciones Generales.-
Límite de cobertura, por persona, por Invalidez
total y/o parcial permanente, hasta:... 60.000.000
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	$	12000000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de
asistencia médico-farmacéutica, hasta: 6.000.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3
con una franquicia deducible por evento 60.000
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	$	2000000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por gastos de
sepelio, por Accidente cubierto hasta: 1.000.000
"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 E 5.500.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 134.000.000
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

W 0676

CONDICIONES PARTICULARES

AL PAGO DE LAS PRESTACIONES ESTIPULADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, UNICAMENTE EN EL CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA EN LAS MISMAS COMO ASEGURADO, SUFRIERA DURANTE LA VIGENCIA 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 tambien figura(n) al pié de la presente cláusula, cumpliendo tareas inherentes a la pertinente contratación y/o circunstancias que le generen responsabilidad a la misma.----------
MAROLIO S.A. Cuit 30-71130359-2
co-asegurado MAROLIO S.A. Cuit 30-71130359-2
"La presente póliza
no podrá ser anulada, modificada o enmendada sin el previo conocimiento o consentimiento de MAROLIO S.A.
CENCOSUD S.A 30-59036076-3

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 SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO, LAS PROVINCIAS Y LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES EN EL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA.
MAROLIO S.A. Cuit 30-71130359-2
co-asegurado MAROLIO S.A. Cuit 30-71130359-2
"La presente póliza
no podrá ser anulada, modificada o enmendada sin el previo conocimiento o consentimiento de MAROLIO S.A
PRODEMAN 33-66908849-9
CENCOSUD S.A 30-59036076-3
ADECCO ARGENTINA SA 30-65676017-2
TERMINALES Y SERVICIOS S.A 30-69384468-8

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..: 8429/8 LEDDA,JUAN MANUEL
Localidad..: (5570) SAN MARTIN MZA

W0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 004147369/00009 Prd. 105-12053 /84298 Asegurado 3

CONDICIONES PARTICULARES

Plan de Pago

Cuota Vto.Asegu. Importe

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 004147369/00009 Prd. 105-12053 /84298 Asegurado 4

CONDICIONES PARTICULARES

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: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
DOMICILIO: **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA DE PÓLIZA: ********** - **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

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: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA PÓLIZA: ********** - **********
COD. DESPACHO: 000 0000000 **********
Endoso **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

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: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
DOMICILIO: **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA DE PÓLIZA: ********** - **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

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: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA PÓLIZA: ********** - **********
COD. DESPACHO: 000 0000000 **********
Endoso **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

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: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
DOMICILIO: **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA DE PÓLIZA: ********** - **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

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: ********** RAMA: **********
ASEGURADO: ******* **********
FECHA EMISION: **********
VIGENCIA PÓLIZA: ********** - **********
COD. DESPACHO: 000 0000000 **********
Endoso **********

VTO. PAGO	IMPORTE
**********	**********

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: RAMA:
ASEGURADO:
DOMICILIO:
FECHA EMISION:
VIGENCIA DE PÓLIZA:

VTO. PAGO	IMPORTE

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: RAMA:
ASEGURADO:
FECHA EMISION:
VIGENCIA PÓLIZA:
COD. DESPACHO:

VTO. PAGO	IMPORTE

Fecha: 24/09/2025 **Hoja Nº:** 0001

ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE POLIZA N° 004147369/000009

CONTRATANTE : BALADA JOSE MANUEL ACTIVIDAD : PRODUCTOR: 84298

DOMICILIO : Alvarez Condarco NRO: LOCALIDAD : SAN MARTIN MZA

NRO. ITEM	APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	VIGENCIA DESDE	CAPITAL ASEGURADO	DOCUMENTO TIPO-NUMERO
3	BALADA, JOSE MANUEL	24.05.1987	03.01.2025	67.000.000,00	DNI 42.167.082
6	ORS JESUS MAURICIO	31.05.1976	24.09.2025	67.000.000,00	DNI 25.378.593

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

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

FD0690

SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 004147369 ENDOSO Nº 000010

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 07.10.2025 Hasta las 12 hs. del 03.01.2026

ASEGURADO
BALADA JOSE MANUEL
Alvarez Condarco 427 - Ba
5570 - SAN MARTIN MZA
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 72000
105 8429/8 LEDDA, JUAN MANUEL

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400
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
Según se detalla en suplemento adicional 01

Moneda $	Cotización

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
ENDOSO DE POLIZA
CAMBIO A TRAVES DE NOTA (END. AP WEB)
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 7 de OCTUBRE de 2025

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

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 004147369 ENDOSO Nº 000010

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 07.10.2025 Hasta las 12 hs. del 03.01.2026

ASEGURADO
BALADA JOSE MANUEL
Alvarez Condarco 427 - Ba
5570 - SAN MARTIN MZA
IVA: Resp.Inscripto
C.U.I.T. 20-42167082-0

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 72000
105 8429/8 LEDDA, JUAN MANUEL

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
ENDOSO DE POLIZA
CAMBIO A TRAVES DE NOTA (END. AP WEB)
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 7 de OCTUBRE de 2025

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400
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.

Moneda $	Cotización

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

-

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: 9209798 BALADA JOSE MANUEL
Alvarez Condarco 427 - Ba , (5570) SAN MARTIN MZA
IVA: Resp.Inscripto 20-42167082-0

Período..: 88 Días
Vigencia.: 07.10.2025 / 03.01.2026
F.Emisión: 07.10.2025

Motivo : CAMBIO A TRAVES DE NOTA (END. 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 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 — $ 120000000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte:.....
..... 60.000.000
según lo establecido en la cláusula 8 de las
Condiciones Generales.-
Límite de cobertura, por persona, por Invalidez
total y/o parcial permanente, hasta:... 60.000.000
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 — $ 12000000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de
asistencia médico-farmacéutica, hasta: 6.000.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3
con una franquicia deducible por evento 60.000
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 — $ 2000000,00
Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por gastos de
sepelio, por Accidente cubierto hasta: 1.000.000
"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 E 5.500.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 134.000.000
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

W 0676

CONDICIONES PARTICULARES

AL PAGO DE LAS PRESTACIONES ESTIPULADAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, UNICAMENTE EN EL CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA EN LAS MISMAS COMO ASEGURADO, SUFRIERA DURANTE LA VIGENCIA 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 también 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.----------
MAROLIO S.A. Cuit 30-71130359-2
co-asegurado MAROLIO S.A. Cuit 30-71130359-2
"La presente póliza
no podrá ser anulada, modificada o enmendada sin el previo conocimiento o consentimiento de MAROLIO S.A.
CENCOSUD S.A 30-59036076-3
R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30663137375

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 JURIDICA 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.
MAROLIO S.A. Cuit 30-71130359-2
co-asegurado MAROLIO S.A. Cuit 30-71130359-2
"La presente póliza
no podrá ser anulada, modificada o enmendada sin el previo conocimiento o consentimiento de MAROLIO S.A
PRODEMAN 33-66908849-9
CENCOSUD S.A 30-59036076-3
ADECCO ARGENTINA SA 30-65676017-2
TERMINALES Y SERVICIOS S.A 30-69384468-8
R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30663137375

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

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 004147369/00010 Prd. 105-12053 /84298 Asegurado 3

CONDICIONES PARTICULARES

Productor..: 8429/8 LEDDA,JUAN MANUEL
Localidad..: (5570) SAN MARTIN MZA

Plan de Pago

Cuota Vto.Asegu. Importe

W 0676