SECCION ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nº 004347367 ENDOSO Nº 000002

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 01.03.2026 Hasta las 12 hs. del 01.07.2026

ASEGURADO
BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246
5600 - SAN RAFAEL MZA
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 53093
109 8333/5 FERNANDEZ,WALTER HERNAN

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

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

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 26 de FEBRERO de 2026

| Moneda $ | Cotización |
|---|---|
| Prima | 50429,27 |
| | |
| | |
| | |
| Imp. y Sellos | 1059,02 |
| | |
| I.V.A. | 10590,15 |
| Percep. I.V.A. | 1512,88 |
| PREMIO TOTAL | 63591,32 |

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 xxxxxxxxxxxx6198

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 004347367 ENDOSO Nº 000002

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 01.03.2026 Hasta las 12 hs. del 01.07.2026

ASEGURADO
BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246
5600 - SAN RAFAEL MZA
IVA: Resp.Inscripto
C.U.I.T. 20-22701936-1

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 53093
109 8333/5 FERNANDEZ,WALTER HERNAN

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

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 26 de FEBRERO de 2026

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 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Prima | 50429,27 |
| Imp. y Sellos | 1059,02 |
| I.V.A. | 10590,15 |
| Percep. I.V.A. | 1512,88 |
| PREMIO TOTAL | 63591,32 |

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 xxxxxxxxxxxx6198

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: 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246 , ( 5600) SAN RAFAEL MZA
IVA: Resp.Inscripto 20-22701936-1

Período..: 122 Días
Vigencia.: 01.03.2026 / 01.07.2026
F.Emisión: 26.02.2026

04 COBERTURA OCUPACIONAL
**********

**Coberturas de Subrama**

| Descripción del Riesgo | | Suma Asegurada |
|---|---|---|
| CHOFER camiones media / larga distancia radio de màs de 200 km.- Tte. no peligroso | $ | |

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

| Descripción del Riesgo | | Suma Asegurada |
|---|---|---|
| SUMA ASEGURADA TOTAL POR MUERTE Y/O POR INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE | $ | 27000000,00 |

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte:.....
..... 27.000.000
según lo establecido en la cláusula 8 de las
Condiciones Generales.-
Límite de cobertura, por persona, por Invalidez
total y/o parcial permanente, hasta:... 27.000.000
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 | $ | 750000,00 |

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de
asistencia médico-farmacéutica, hasta: 750.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3
con una franquicia deducible por evento 7.500
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 | $ | 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 E 27.760.624
SUMA ASEGURADA TOTAL: 27.760.624
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 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

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 004347367/00002 Prd. 109-12056 /83335 Asegurado 2

## CONDICIONES PARTICULARES

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 CUIT N° 30-66313737-5<br>SIDERCA S.A.I.C CUIT: 30-55081599-7<br>SIAT SA CUIT: 30-60745136-9<br>SCRAPSERVICE S A CUIT: 30-68724249-8
BTU S.A - 30-59223889-2
TRANSPORTADORA DE GAS DEL NORTE S.A -30-65786305-6<br>Complejo portuario euroamerica CUIT 33-62779436- 9<br>OLEODUCTOS DEL VALLE SA. CUIT 30-65884016-5

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 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 SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DE TRABAJO, LAS PROVINCIAS Y LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES EN EL ÁMBITO DE SU COMPETENCIA.
-RPB S.A CUIT N° 30-66313737-5 <br>-ENERGIA ARGENTINA S.A. 30-70909972-4 <br>-TECHINT COMPAÑIA TECNICA INTERNACIONAL SACI SACDE SOCIEDAD ARGENTINA DE CONSTRUCCION Y DESARROLLO ESTRATEGICO SA U. T. E. CUIT 30-71768372-9 <br>-SIAT SOCIEDAD ANONIMA 30-60745136-9<br>- YPF S.A CUIT 30-54668997-9<br>- EVANGELISTA S.A CUIT 30-68521819-0<br><br>-SACDE SOCIEDAD ARGENTINA DE CONSTRUCCION Y DESARROLLO ESTRATEGICO S.A. 30-56845745-1 -TECHINT COMPAÑIA TECNICA INTERNACIONAL SOCIEDAD ANONIMA COMERCIAL E INDUSTRIAL CUIT 30-54798102-9<br>-SIDERCA CUIT 30-55081599-7<br>-YPF S.A. CUIT 30-54668997-9 -<br>-SCRAPSERVICE S A CUIT: 30-68724249-8<br>-VICTOR CONTRERAS CUIT: 33-50624902-9<br>-CONTERAS HNOS. CUIT: 30-50453670-6
BTU S.A - 30-59223889-2
TRANSPORTADORA DE GAS DEL NORTE S.A -30-65786305-6<br>Complejo portuario euroamerica CUIT 33-62779436- 9<br>OLEODUCTOS DEL VALLE SA. CUIT 30-65884016-5

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: $ 50429,27 Rec. Fin. e Impuestos: 13162,05 Premio: 63591,32

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

W0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 004347367/00002 Prd. 109-12056 /83335 Asegurado 3

# CONDICIONES PARTICULARES

**Plan de Pago**

| Cuota | Vto.Asegu. | Importe |
|---|---|---|
| 1 | 01.03.2026 | 15897,38 |
| 2 | 01.04.2026 | 15897,98 |
| 3 | 01.05.2026 | 15897,98 |
| 4 | 01.06.2026 | 15897,98 |

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 004347367/00002 Prd. 109-12056 /83335 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 Previsional: 0000000000651 / I.V.A.: Resp. Inscrip. Agente de Retención

**POLIZA:** 004347367 002 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
**ASEGURADO:** 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
**DOMICILIO:** NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246, (5600) SAN RAFAEL MZA
**FECHA EMISION:** 26.02.2026
**VIGENCIA DE PÓLIZA:** 01.11.2025 - 01.07.2026

| VTO. PAGO | IMPORTE |
|---|---|
| 01.03.2026 | $ 15.897,38 |

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx6198

El presente plan de pago para la póliza 004347367 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 26.02.2026

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:** 004347367 002 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
**ASEGURADO:** 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
**FECHA EMISION:** 26.02.2026
**VIGENCIA PÓLIZA:** 01.11.2025 - 01.07.2026
**COD. DESPACHO:** 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 25.03.26
Facturación

| VTO. PAGO | IMPORTE |
|---|---|
| 01.03.2026 | $ 15.897,38 |

0940060434736700201100158973800833350103269999116 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:** 004347367 002 02 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
**ASEGURADO:** 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
**DOMICILIO:** NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246, (5600) SAN RAFAEL MZA
**FECHA EMISION:** 26.02.2026
**VIGENCIA DE PÓLIZA:** 01.11.2025 - 01.07.2026

| VTO. PAGO | IMPORTE |
|---|---|
| 01.04.2026 | $ 15.897,98 |

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx6198

El presente plan de pago para la póliza 004347367 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 26.02.2026

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:** 004347367 002 02 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
**ASEGURADO:** 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
**FECHA EMISION:** 26.02.2026
**VIGENCIA PÓLIZA:** 01.11.2025 - 01.07.2026
**COD. DESPACHO:** 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 27.04.26
Facturación

| VTO. PAGO | IMPORTE |
|---|---|
| 01.04.2026 | $ 15.897,98 |

0940060434736700202100158979800833350104269999116 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:** 004347367 002 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
**ASEGURADO:** 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
**DOMICILIO:** NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246, (5600) SAN RAFAEL MZA
**FECHA EMISION:** 26.02.2026
**VIGENCIA DE PÓLIZA:** 01.11.2025 - 01.07.2026

| VTO. PAGO | IMPORTE |
|---|---|
| 01.05.2026 | $ 15.897,98 |

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx6198

El presente plan de pago para la póliza 004347367 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 26.02.2026

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:** 004347367 002 03 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
**ASEGURADO:** 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
**FECHA EMISION:** 26.02.2026
**VIGENCIA PÓLIZA:** 01.11.2025 - 01.07.2026
**COD. DESPACHO:** 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 26.05.26
Facturación

| VTO. PAGO | IMPORTE |
|---|---|
| 01.05.2026 | $ 15.897,98 |

0940060434736700203100158979800833350105269999116 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:** 004347367 002 04 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
**ASEGURADO:** 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
**DOMICILIO:** NUESTRA SRA DEL ROSARIO N° 1246, (5600) SAN RAFAEL MZA
**FECHA EMISION:** 26.02.2026
**VIGENCIA DE PÓLIZA:** 01.11.2025 - 01.07.2026

| VTO. PAGO | IMPORTE |
|---|---|
| 01.06.2026 | $ 15.897,98 |

La Cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora VISA xxxxxxxxxxxx6198

El presente plan de pago para la póliza 004347367 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 26.02.2026

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:** 004347367 002 04 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
**ASEGURADO:** 7371674 BUSTAMANTE SERGIO MARCELO
**FECHA EMISION:** 26.02.2026
**VIGENCIA PÓLIZA:** 01.11.2025 - 01.07.2026
**COD. DESPACHO:** 109 0083335 FERNANDEZ,WALTER HERNAN-VP 25.06.26
Facturación

| VTO. PAGO | IMPORTE |
|---|---|
| 01.06.2026 | $ 15.897,98 |

0940060434736700204100158979800833350106269999116 6

**Fecha:** 12/03/2026 **Hoja Nº:** 0001

ACCIDENTES PERSONALES
ANEXO DE POLIZA N° 004347367/000002

CONTRATANTE : BUSTAMANTE SERGIO MARCELO ACTIVIDAD : PRODUCTOR: 83335
DOMICILIO : NUESTRA SRA DEL R NRO: 1246 LOCALIDAD : SAN RAFAEL MZA

| NRO. ITEM | APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO | FECHA DE NACIMIENTO | VIGENCIA DESDE | CAPITAL ASEGURADO | DOCUMENTO TIPO-NUMERO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BUSTAMANTE MARCELO | 04.07.1972 | 11.11.2014 | 27.760.624,00 | DNI 22.701.936 |

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

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

W0690