HOLANDO
SEGUROS

# Bienvenidos a los próximos 100 años.

Somos una empresa nacional con respaldo internacional y base en el mercado asegurador desde hace ya 100 años. Desde entonces, trabajamos en equipo escuchando y atendiendo tus necesidades.
Hoy seguimos junto a vos brindando protección a tu medida y con las mejores soluciones. Porque la previsibilidad, solvencia, trayectoria y conocimiento técnico son nuestros mayores capitales.

Con los mismos valores que construimos hasta ahora, renovamos el compromiso de seguir dándote el mejor servicio.
**¿Sabías que desde nuestra App de asegurados podés agilizar todas tus gestiones? Descargar tu póliza, realizar un aviso de siniestro, solicitar asistencia por una emergencia, y mucho más!**

**¡Te invitamos a formar parte de nuestra comunidad móvil!**

Accedé desde el código QR, según tu dispositivo

Android

IOS

Conocé más sobre nosotros en **www.laholando.com**

HOLANDO
SEGUROS

CUMPLIMOS
*100 años*
CUMPLIENDO

HOLANDO
— SEGUROS —

# ¿Cómo puedo abonar mi póliza?

## Medios de pago electrónicos: - Tarjeta de crédito - CBU

Pago con cuponera

1) A través de las siguientes entidades:

- Mercado Pago
- Visa Home
- Pago Mis Cuentas
- Red Link (Home Banking)
- BtoB Interbanking (Empresas)
- Banco Francés
- Banco Macro
- Banco Supervielle

2) A través de los siguientes Entes Recaudadores:

- Pago Fácil
- Cobro Express
- Bapro
- Rapi Pago
- Ripsa

HOLANDO
— SEGUROS —

CUMPLIMOS
100 años
CUMPLIENDO

ENTRE **LA HOLANDO SUDAMERICANA S.A.** (EN ADELANTE EL "ASEGURADOR"), POR UNA PARTE Y EL ASEGURADO CUYO NOMBRE SE INDICA MAS ABAJO (EN ADELANTE EL "ASEGURADO"), SE CONVIENE EN CELEBRAR EL/LA **POLIZA DE SEGURO SUJETO/A A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE ANEXAN E INTEGRAN LA POLIZA, LAS QUE HAN SIDO CONVENIDAS PARA SER EJECUTADAS DE BUENA FE.**

| Asegurado | DNI/CUIT/CUIL |
|---|---|
| **SAMBON MIGUEL ANTONIO** | **23169887179** |

| Domicilio |
|---|
| **MOSTO N° 163** |

| Localidad | Despacho |
|---|---|
| **CP 2820 - GUALEGUAYCHU** | **0620/0074157 - CHIVISKY MARIA FERNANDA** |

| Sección | Póliza | Endoso | Fecha de emisión | Suma asegurada |
|---|---|---|---|---|
| **Acc. Pers. PLENUS** | **132425.9** | **0** | **02/03/2026** | **$ 60,000,000.00** |

| Vigencia | | Ajuste automático de la suma asegurada | Valor de Referencia |
|---|---|---|---|
| Desde las 00:00 Hs. | Hasta las 00:00 Hs. | Límite de ajuste | |
| **05/03/2026** | **05/09/2026** | **- - - - - - - - - -** | **- - - -** |

| Prima | Cargo Financiero | TEA% | Gravamenes | Premio |
|---|---|---|---|---|
| **127,495.51** | **26,774.06** | **30.00** | **40,651.59** | **$ 194,921.16** |

| Los valores indicados se expresan en | |
|---|---|
| **Pesos** | |

Interes asegurado: El asegurado toma este seguro en calidad de: **Tomador**

| Condiciones particulares |
|---|
| **SEGUN DETALLE ADJUNTO** |

| Forman parte del presente contrato las clausulas anexas Nº |
|---|
| **AF - CA CC 1.1 - 660 - 665 - 105 - 661 - 662 - 663 - 667 - 670 - T SSN** |

| Nº Matricula | Nombre Productor Asesor | Tel. Contacto | Cód. Seguimiento S.S.N. | Cuadernillo |
|---|---|---|---|---|
| **69030** | **CHIVISKY MARIA FERNANDA** | **03446426616** | | |

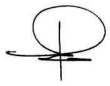
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento de la Actividad Aseguradora.

**ADVERTENCIA:**

SI EL TEXTO DE ESTA POLIZA DIFIRIERA DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA LA DIFERENCIA SE CONSIDERARA APROBADA POR EL, ASEGURADO SI NO RECLAMA DENTRO DE UN MES DE RECIBIDA LA POLIZA (ART. 12 DE LA LEY DE SEGUROS). LOS VOCABLOS "ASEGURADO" Y "TOMADOR" O "CONTRATANTE" SE USAN INDISTINTAMENTE EN ESTA POLIZA, POR LO QUE DEBE DARSELE EL SIGNIFICADO QUE CORRESPONDA SEGUN LAS CIRCUNSTANCIAS DEL CASO.

**IMPORTANTE:** ver cláusula de cobranza del premio en las condiciones generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida desde la HORA 24 DEL DIA DE VENCIMIENTO IMPAGO.

ADEMAS SE RECUERDA que para el caso de efectuarse pagos parciales, dichos pagos serán imputados a cancelar la obligación o las obligaciones cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. La entrega de cheques para abonar el premio no implica cumplir con el pago en término. Recién se tendrá por efectuado el pago del importe indicado en el cheque, a partir del momento de la efectiva acreditación de dichos valores.



**Ernesto Alberto Levi**
PRESIDENTE
**p.p LA HOLANDO SUDAMERICANA**
**La Holando Sudamericana Compañia De Seguros Sociedad Anónima**

**Las Condiciones y Cláusulas que integran la presente póliza han sido aprobadas por el Proveído o Resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación que se indica al pie de cada una de ellas**

**LA HOLANDO SUDAMERICANA COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA**
**C.U.I.T. 33-50003806-9**
**Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com**

CONDICIONES PARTICULARES

| Asegurado | | Fecha de emisión |
|---|---|---|
| **SAMBON MIGUEL ANTONIO** | | **02/03/2026** |
| Sección | Póliza | Endoso |
| **Acc. Pers. PLENUS** | **132425.9** | |

**Nro. Riesgo: 1** **Identificación del Riesgo: Sambon Miguel Antonio**
**Tipo de Riesgo: CATEGORIA CUATRO**

**Apellido y Nombre :** SAMBON MIGUEL ANTONIO **CUIL :** 23- 16988717- 9 **Documento :** DNI 16988717

**Domicilio :** MOSTO 163 GUALEGUAYCHU - ENTRE RIOS
REPUBLICA ARGENTINA

**Actividad:** CHOFER DE CAMIONES (NO SUSTANCIAS PELIGROSAS)

**Fec. Nacim.:** 28/09/1964

**Beneficiario:** El Contratante

**Cobertura:** MUERTE X ACCID.

Suma Asegurada: $ 60,000,000.00

**Cobertura:** INVALIDEZ TOT./PARCIAL PERMAN. X ACCID.

Suma Asegurada: $ 60,000,000.00

**Cobertura:** ASISTENCIA MEDICO FARMACÉUTICA X ACCID.

Suma Asegurada: $ 30,000,000.00

**Cobertura:** SEPELIO X ACCID.

Suma Asegurada: $ 2,000,000.00

CONDICIONES PARTICULARES

UBICACIÃ¿N DEL RIESGO: En todo el territorio de la Republica Argentina.
Queda nula y sin valor alguno la Clausula 4 de las Condiciones Generales de poliza.

OBJETO DE LA COBERTURA: Seguro de Accidentes Personales exclusivamente para la persona fisica detallada en estas Condiciones Particulares de poliza y que se encuentre desempeñando la actividad declarada al subscribir el presente seguro.

RIESGOS CUBIERTOS: Los que se indican a continuacion mientras se encuentre realizando la actividad declarada al suscribir el seguro y segun lo detallado en -AMBITO DE LA COBERTURA-, y cuyas lesiones sean a consecuencia de accidentes. A tal efecto, con los alcances, exclusiones y limitaciones indicadas e insertas en las Condiciones Generales de la presente poliza, se entiende por accidente toda lesion corporal que pueda ser determinada por los mÃ©dicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la accion repentina y violenta de o con un agente externo.

1. MUERTE POR ACCIDENTE o INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, cuya suma asegurada se encuentra indicada en estas Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento o la invalidez total y permanente sean a consecuencia de un accidente cubierto por la poliza, en ejercicio de su actividad declarada y ocurrido durante la vigencia de la Poliza.
No podra reclamarse en concepto de indemnizacion por muerte o por invalidez total y permanente una suma superior a la contratada en el presente seguro.
En un todo de acuerdo con el articulo 1 de RIESGOS CUBIERTOS de CLAUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE (anexo 661) se entiende que existe situacion de Invalidez Permanente cuando el daño sufrido por el Asegurado le ocasione una disminucion permanente de su capacidad laboral. Se excluyen expresamente de la cobertura de invalidez permanente los casos que afecten al Asegurado en forma temporaria.

2. INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE (anexo 661), surgira de aplicar sobre la suma asegurada del riesgo de invalidez total y permanente por accidente, de cada Asegurado, el porcentaje que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesion sufrida y segun lo estipulado en la Tabla de evaluacion de incapacidades establecidas por Decreto 549/2025 Anexo I.
En ningun caso la suma resultante podra exceder la suma total asegurada individual del riesgo de invalidez total y permanente por

e) Por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada.
f) Por encontrarse la poliza impaga.

DISPOSICIONES ADICIONALES: En caso de incumplimiento a lo precedentemente mencionado en las presentes Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Clausulas Adicionales anexas, cesara automaticamente la cobertura de esta poliza, quedando facultada la Compañia para declinar su responsabilidad e intervencion frente al eventual accidente y rechazar cualquier reclamo realizado por parte del Asegurado o de sus Beneficiarios.

Esta poliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nacion por Proveido N 106.526.

Se instituyen como beneficiarios en primer término a LOMA NEGRA CIA INDUSTRIAL ARGENTINA SA CUIT: 30500530851 ;
CEMENTOS AVELLANEDA S A CUIT: 30526047792; R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30663137375 todos ellos por partes iguales y hasta el límite total de la cobertura detallada en las condiciones particulares de la póliza, por cualquier accidente que sufriera el asegurado en tanto se encuentre realizando tareas al servicio de estos y dentro de sus plantas o establecimientos, hasta cubrir sus obligaciones legales. Cubiertas estas obligaciones, serán beneficiarios de existir un remanente de la suma asegurada, los beneficiarios designados o los herederos legales.
Se aclara que en virtud de lo establecido en el Artículo 80º de la Ley de Seguros Nº 17.418, nuestra entidad no posee derechos de subrogación o repetición respecto de las indemnizaciones que pudieran efectuarse por siniestros cubiertos bajo el presente contrato de seguro, por lo que se deja constancia que nuestra entidad no reclamará o iniciará acciones de repetición o de regreso contra LOMA NEGRA CIA INDUSTRIAL ARGENTINA SA CUIT: 30500530851 ;
CEMENTOS AVELLANEDA S A CUIT: 30526047792; R P B SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30663137375 (comitente, contratista y/o subcontratista), sus funcionarios, empleados u obreros, por cualquier norma jurídica con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal alcanzado por la cobertura de la presente póliza por algún accidente ocurrido en sus plantas a consecuencia de su trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

0620/0074157

HOLANDO
SEGUROS

CLAUSULA DE VIGENCIA Y COBRANZA DE PREMIO

Cláusula CA-CC 1.1

| Asegurado | | Fec. emisión |
|---|---|---|
| **SAMBON MIGUEL ANTONIO** | | **02/03/2026** |
| Sección | Póliza | Endoso |
| **Acc. Pers. PLENUS** | **132425.9** | **0** |
| Premio | | |
| **194,921.16 Pesos** | | |

Artículo 1 -El o los premios de este seguro, deberá ser abonado total o parcialmente, como condición imprescindible y excluyente para que de comienzo la cobertura la que operará a partir del momento de la recepción del pago por parte del Asegurador, circunstancia que quedará acreditada mediante la extensión del recibo oficial correspondiente. Si el Asegurador aceptase financiar el premio, el primer pago que dará comienzo a la cobertura según se indica en el párrafo anterior, deberá contener además el equivalente al total del Impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato y el resto se abonará en cuotas mensuales, iguales y consecutivas en los plazos indicados en la correspondiente factura. Para el caso de pago en cuotas, el Asegurador podrá aplicar un componente de financiación que se indica en la correspondiente factura. Se entiende por premio, la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma.

Artículo 2 -Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad. Para el caso de pago en cuotas, quedará a favor del Asegurador como penalidad, el premio correspondiente, a un máximo de dos cuotas, siempre y cuando la rescisión del contrato no se hubiere producido con anterioridad. Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora 0 (cero) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido. Sin perjuicio de ello el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada fehacientemente.

Condición Resolutoria: Transcurridos sesenta (60) días desde el primer vencimiento impago sin que se haya producido la rehabilitación de la cobertura de acuerdo con lo establecido en el Artículo anterior o sin que el asegurado haya ejercido su derecho de rescisión, el presente contrato quedara resuelto de pleno derecho sin necesidad de intimación de ninguna naturaleza y por el mero vencimiento de plazo de sesenta (60) días, hecho que producirá la mora automática del tomador/asegurado debiéndose aplicar en consecuencia la disposiciones de la póliza sobre rescisión por causa imputable al asegurado. No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

Artículo 3. Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (un) año, y a los adicionales por endosos o suplementos de póliza.
En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en 30 (treinta) días.

Artículo 4. Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el Asegurado o Tomador a favor de la entidad Aseguradora.

Artículo 5. Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.

## Forma de pago y vencimiento de cuotas

Modalidad de pago: Pago total al CONTADO

**$ 161.426.82**

Modalidad de pago: Pago en CUOTAS

| Cuota | Vencimiento | Moneda | Importe |
|---|---|---|---|
| 1 | 20/03/2026 | $ | 32,487.00 |
| 2 | 20/04/2026 | $ | 32,487.00 |
| 3 | 20/05/2026 | $ | 32,487.00 |
| 4 | 20/06/2026 | $ | 32,487.00 |
| 5 | 20/07/2026 | $ | 32,487.00 |
| 6 | 20/08/2026 | $ | 32,486.16 |

## Condición Particular

Queda convenido que los créditos recíprocos, líquidos y exigibles que existan pendientes o que se generan por cualquier concepto, vinculado con este u otros seguros celebrados entre las partes, se compensaran de pleno derecho hasta la concurrencia de o de los montos menores, Se hace así aplicación de las normas pertinentes del Código Civil, reemplazando esta condición cualquier otra que en esta materia contenga las pólizas respectivas.

ADVERTENCIA: La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida desde la HORA 24 DEL DIA DE VENCIMIENTO IMPAGO.
ADEMAS SE RECUERDA que para el caso de efectuarse pagos parciales, dichos pagos serán imputados a cancelar la obligación o las obligaciones cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. La entrega de cheques para abonar el premio no implica cumplir con el pago en término. Recién se tendrá por efectuado el pago del importe indicado en el cheque, a partir del momento de la efectiva acreditación de dichos valores.

**LA HOLANDO SUDAMERICANA**
**COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA**

**CLÁUSULA APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN**

LA HOLANDO SUDAMERICANA
COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA

**Sección:** Acc. Pers. PLENUS **Póliza:** 132425.9
**Contratante:** SAMBON MIGUEL ANTONIO-4613352
**Productor:** CHIVISKY MARIA FERNANDA-0620/0074157
**Moneda:** Pesos

## Nómina Vigente del Personal Asegurado
## Al 02/03/2026

| Certif. | Apellido y Nombre | CUIL / Docum. | Fec. Nacim. | Edad | Suma Aseg. | Premio |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SAMBON MIGUEL ANTONIO Cuil 23169887179 | 23-16988717-9 | | 61 | 60,000,000 | 194,921.16 |

**TOTALES**

**Certificados:** 1 **Capital Asegurado:** 60,000,000 **Premio:** 194,921.16 **Redondeo:** 0.00 **Otros Adicionales:** 1,929.92

0620/0074157

Lugar y fecha

Firma del Contratante

HOLANDO
— SEGUROS —

Buenos Aires, 02/03/2026

C.U.I.T. 33-50003806-9 - CAJA JUB.COM.Y ACT.CIV. 50003806 - I.V.A. RESP. INSCRIPTO - IMP. INTERNOS RESPONSABLE - ING. BRUTOS 901-913470-3

| Señores | | | | Clave para pagos electrónicos |
|---|---|---|---|---|
| **SAMBON MIGUEL ANTONIO** | | | | **Banelco 4613352**<br>**Link 282 - 4613352** |
| Domicilio | | | Localidad | |
| **MOSTO N° 163** | | | **CP 2820 - GUALEGUAYCHU** | |
| I.V.A. | "A" | | Documento | |
| **RESP. INSCRIPTO** | | | **C.U.I.T: 23-16988717-9** | |
| Sección | Póliza | Endoso | Cia. Piloto | |
| **Acc. Pers. PLENUS** | **132425.9** | **0** | | |
| Detalle | Vigencia del Contrato CA - CO 6.1 | | Periodo Facturado CA - CO 7.1 | |
| | Desde las 12 Hs. del | Hasta las 12 Hs. del | Desde las 12 Hs. del | Hasta las 12 Hs. del |
| **AP PLENUS VARIABLE 60.000.000/** | | | **05/03/2026** | **05/09/2026** |

| Suma asegurada | Valor de Referencia |
|---|---|
| **$ 60,000,000.00** | **- - - -** |

| | |
|---|---|
| **Prima** | |
| **$** | **127,495.51** |
| Subtotal | |
| $ | 127,495.51 |
| **Cargo Financiero** | |
| **$** | **26,774.06** |
| **Tasas e Impuestos** | |
| **$** | **1,696.97** |
| **Sellados** | |
| **$** | **1,929.92** |
| Subtotal | |
| $ | 157,896.46 |
| **I.V.A. R.I.** | |
| **$** | **32,396.61** |
| **I.V.A. R.G. 3337** | |
| **$** | **4,628.09** |

Premio Total

$ 194,921.16

# FACTURA

Nro. Identificatorio ante organismos fiscales y cobro en débito automático: **262100004198**

**ADVERTENCIA: ver cláusula de cobranza del premio en las condiciones generales de la Póliza. La cobertura de la póliza quedará automáticamente suspendida desde la HORA 24 DEL DIA DE VENCIMIENTO IMPAGO.**
**ADEMAS SE RECUERDA que para el caso de efectuarse pagos parciales, dichos pagos serán imputados a cancelar la obligación o las obligaciones cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesará hasta tanto se encuentren íntegramente canceladas todas las obligaciones vencidas. La entrega de cheques para abonar el premio no implica cumplir con el pago en término. Recién se tendrá por efectuado el pago del importe indicado en el cheque, a partir del momento de la efectiva acreditación de dichos valores.**

IMPORTANTE: Lea al dorso de esta factura
y elija para su comodidad el medio de pago que mas le convenga.

**LA HOLANDO SUDAMERICANA COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA**
**Sarmiento 309 - C1041AAG - Capital Federal, Argentina - (54 11)4321-7600 - (54 11)4321-7610 Fax - www.laholando.com**

HOLANDO
— SEGUROS —

*Cobertura de accidentes*
*personales con asistencia médica*



Para solicitar asistencia, deberá comunicarse
con **Línea gratuita para Urgencias y Emergencias**

**0-800-222-PLENUS**
**(7536)**

## Centro de atención al cliente

**¿Cómo actuar en caso de accidente?**

**a)** Efectúe la denuncia del siniestro en La Holando Sudamericana Cía. de Seguros S.A., llamando inmediatamente al 0800-222-7536 indicando su Nombre, Apellido y DNI.
**b)** Complete el formulario de denuncia y preséntelo en la aseguradora dentro de las 72 horas de producido el accidente o anticípelo a plenus@laholando.com

**Nombre y Apellido:**

**DNI:**


www.laholando.com
La Holando Sudamericana
Cía. de Seguros S.A. Sarmiento 309
C1041AAG | C.A.B.A., Argentina.
[T] (5411) 4321-7600



SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

**Org. de control** www.argentina.gob.ar/ssn

**Atención al asegurado** 0800-666-8400

**Nº de insc. en SSN** 0079