Meridional SEGUROS

01/04/2026 11:40:59

ACCIDENTES PERSONALES

Constancia de Cobertura

Constancia Nro. 9251819

Se deja expresa constancia que ESTEFANIA GABRIELA MENDEZ ha contratado en esta Compañía un seguro de Accidentes Personales, de acuerdo a las Coberturas y Sumas Aseguradas que a continuación se detallan y conforme a las Condiciones Particulares y Generales del mencionado seguro.

Coberturas	Suma Asegurada
MUERTE POR ACCIDENTE	$ 15.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE	$ 15.000.000,00
REEMBOLSO DE GASTOS POR ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA POR ACCIDENTE. Deducible: $ 10.000,00	$ 1.500.000,00

Vigencia: 09/04/2026 - 11/04/2026

Ámbito: Jornada Laboral sin "In itinere"

Asegurados:

ESTEFANIA GABRIELA MENDEZ	DNI	30885758	PROMOCION Y EVENTOS	Benef.: HEREDEROS LEGALES
ROMINA CECILIA MENDEZ	DNI	26873614	PROMOCION Y EVENTOS	Benef.: HEREDEROS LEGALES
ANDREA VERONICA RIVERA	DNI	23952867	PROMOCION Y EVENTOS	Benef.: HEREDEROS LEGALES

Se deja constancia que se otorgará cobertura siempre y cuando el personal asegurado se encuentre trabajando con las medidas de seguridad y protección inherentes a dicha actividad exigidas por ley de riesgos del trabajo. En caso contrario la cobertura queda nula y sin valor, sin responsabilidad alguna por parte de Meridional Cía. Arg. de Seguros S.A. de abonar la suma establecida en póliza.

Esta Aseguradora renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA SAN ANDRES - CUIT: 30-52982680-6, sus funcionarios, empleados u obreros, en cualquier forma jurídica, con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a indemnizar al personal alcanzado por la cobertura de esta póliza contratada por ESTEFANIA GABRIELA MENDEZ, por los accidentes sufridos en ocasión de los trabajos realizados en ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA SAN ANDRES - CUIT: 30-52982680-6 o durante el trayecto entre el domicilio del trabajador y su lugar de trabajo.

Federico Guthmann
PRESIDENTE - CEO

La Meridional **Compañía Argentina de Seguros S.A.**
Tte. Gral. J. D. Perón 646, 1º Piso (C1038AAN) C.A.B.A. - Argentina - Tel.:4909-7000
CUIT: 30-50005116-3
Centro de Atención Telefónica : 4909-7450 - Siniestros : 0-800-333-3244
E-mail: info@meridionalseguros.com.ar

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Proveído Nro. 123841 del 26 de Octubre de 2016 - Expediente Nro. 13904/2015

ASEGURADO	TOMADOR
ESTEFANIA GABRIELA MENDEZ MANUELA PEDRAZA 4086 PB (1419) - VILLA URQUIZA CAPITAL FEDERAL	

12009251819000000000001042026

RAMO SSN: ACCIDENTES PERSONALES	NUMERO DE POLIZA	NUMERO DE SUPLEMENTO	RENUEVA POLIZA NUMERO
SUBLINEA:	9251819	0	

FECHA DE EMISION	VIGENCIA DESDE LAS 12 HORAS	VIGENCIA HASTA LAS 12 HORAS	VENCIMIENTO DE PAGO
01/04/2026	09/04/2026	11/04/2026	09/04/2026

SUMA ASEGURADA
$ 15.000.000,00

PRIMA	ADICIONALES ADMINIST.	ADICIONALES FINANC.	CARGO DE EMISION
$ 6.019,96		$ 0,00	

SUB-TOTAL
$ 6.019,96

SELLADO %	SELLADO IMPORTE	OTROS IMPUESTOS %	OTROS IMPUESTOS IMPORTE
	$ 0,00		$ 1.330,41

PREMIO
$ 7.350,37

DOC/CUIT ASEGURADO: DNI: 30885758 **DOC/CUIT TOMADOR:**

DESCRIPCION DEL RIESGO O MOTIVO DEL SUPLEMENTO

Según se detalla en las Condiciones Particulares

CLAUSULAS Y/O ANEXOS QUE FORMAN PARTE E INTEGRAN LA PRESENTE POLIZA Y/O SUPLEMENTO

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y dos SUPLENTES, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web (www.meridionalseguros.com.ar). En caso de que el reclamo 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, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.

Para consultas o reclamos, comunicarse con La Meridional Compañía Argentina de Seguros S. A. a los teléfonos 4909-7450 o 0800-333-3244.

LOS IMPORTES ESTAN EXPRESADOS EN PESOS **CAMBIO** 0,0000

LA MERIDIONAL Compañía Argentina de Seguros S.A. (en adelante "El Asegurador") y quien más arriba se designa con el nombre de "Asegurado" convienen en celebrar el presente contrato de seguro de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares que se anexan e integran esta póliza, las que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fé.
Cuando el texto de esta póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 12 de la Ley de Seguros).
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

11627 - DONO, IGNACIO EDUARDO

FEDERICO GUTHMANN
PRESIDENTE - CEO

DETALLE DE COBERTURAS: 12-009251819-000000

MUERTE POR ACCIDENTE	$ 15.000.000,00
INVALIDEZ TOTAL Y/O PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE	$ 15.000.000,00
REEMBOLSO DE GASTOS POR ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA POR ACCIDENTE	$ 1.500.000,00

*Se establece un deducible de $ 10.000,00 por evento en la Cobertura de Reembolso Gastos de Asistencia Médica Farmacéutica por Accidente.

UBICACION DEL RIESGO: amba

CLÃUSULAS PARTICULARES DE LA POLIZA: 12-009251819-000000

- ACTIVIDADES
PROMOCION Y EVENTOS

- ALTURA MÁXIMA PERMITIDA
ALTURA MÁXIMA: 8 Mts

- AMBITO DE LA COBERTURA
Jornada Laboral sin "In itinere" - Cobertura In Itinere SIN Motocicleta

- LIMITE DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO
LIMITE DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO: $ 15.000.000,00

- ASEGURADOS - BENEFICIARIOS
MENDEZ, ESTEFANIA GABRIELA - HEREDEROS LEGALES
MENDEZ , ROMINA CECILIA - HEREDEROS LEGALES
RIVERA, ANDREA VERONICA - HEREDEROS LEGALES

- UBICACION DE RIESGO
amba

CL01 - CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE MUERTE
Cláusula 1: Definiciones

Si el accidente causare la muerte, el Asegurador abonará la suma asegurada para este caso. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado en concepto de invalidez permanente por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.
El Asegurador deducirá también los importes que hubiere abonado en concepto de invalidez temporaria por el accidente que causó la muerte.
En caso de fallecimiento o de invalidez permanente que de lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno a varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedarán automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima. En los seguros polianuales el Asegurador gana la prima de los períodos transcurridos, incluyendo el del siniestro (hasta la prima total cobrada), calculada sobre la base de la tarifa anual.

A los fines de la Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

2.1) El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

2.2) El Asegurador indemnizará al Beneficiario la Suma Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

3.1) En caso de Muerte Accidental el Asegurador abonará al Beneficiario el beneficio previsto para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente para Muerte Accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por otras coberturas eventualmente incluidas en la Póliza (excepto las correspondientes a renta por internación y gastos médicos) como consecuencia de un Accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia de la Póliza.

3.2) En caso de Muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

CL02 - CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Invalidez Total y Permanente: estado absoluto e incurable de alienación mental que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida y/o fractura incurable de la columna vertebral, en ambos casos, producidos como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

2.1) El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez Total y Permanente (conforme la definición prevista en la cláusula 1) del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

2.2) El Asegurador indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

3.1) El beneficio acordado por Invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

3.2) Si el monto abonado por Invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez.

CL03 - CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE – PERDIDAS FÍSICAS PARCIALES
Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Invalidez Total y Permanente: estado absoluto e incurable de alienación mental que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida y/o fractura incurable de la columna vertebral, en ambos casos, producidos como consecuencia inmediata de un Accidente.
b. Pérdida Física Parcial (1 miembro): se entiende por tal la pérdida de un ojo y/o la amputación completa de un miembro del cuerpo (brazo, mano, pie) que sufra el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.
c. Pérdida Física Parcial (2 miembros): se entiende por tal la pérdida de los dos ojos y/o la amputación completa de

CLÃUSULAS PARTICULARES DE LA POLIZA: 12-009251819-000000

dos miembros del cuerpo (brazo, mano, pie), aún en forma combinada, que sufra el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

2.1) El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez Permanente (Conforme las definiciones previstas en la cláusula 1) del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

2.2) Con relación a cada riesgo cubierto, el Asegurador indemnizará al Asegurado las Sumas Aseguradas que se indican en las Condiciones Particulares.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

3.1) El beneficio acordado por Invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

3.2) Si el monto abonado por Invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez.

CL04 - CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE CUADRIPLEJIA Y PARAPLEJIA
Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

1.1) Invalidez: se entiende por tal la Cuadriplejia y/o Paraplejia que padezca el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.
1.2) Cuadriplejia: parálisis total de ambos brazos y ambas piernas como consecuencia inmediata de un Accidente.
1.3) Paraplejia: parálisis total de ambas piernas y de la mitad inferior del cuerpo como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez (Cuadriplejia o Paraplejia) del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.
Con relación a cada riesgo cubierto, el Asegurador indemnizará al Asegurado las Sumas Aseguradas que se indican en las Condiciones Particulares.

Como consecuencia de un mismo Accidente se produjera más de uno de los riesgos cubiertos, el Asegurador abonará al Asegurado aquel riesgo cubierto al que corresponda la indemnización mayor. En tal caso, automáticamente quedarán sin efecto las restantes coberturas establecidas por Invalidez.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

El beneficio acordado por Invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez.

CL05 - CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE – TOTAL Y PARCIAL
Cláusula 1: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

1.1) El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez Permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

1.2) Si el Accidente causare una Invalidez Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL	%
* Estado absoluto e incurable de alienación mental, producido como consecuencia inmediata de un accidente, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100
* Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total permanente	100

PARCIAL%		
a)Cabeza		
* Sordera total e incurable de los dos oídos	50	
* Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40	
* Sordera total e incurable de un oído	15	
* Ablación de la mandíbula inferior	50	
b)Miembros superiores	Der	Izq
* Pérdida total de un brazo	65	52
* Pérdida total de una mano	60	48
* Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total)	45	36
* Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
* Anquilosis del hombro en posición funcional	25	20
* Anquilosis del codo en posición no funcional	25	20
* Anquilosis del codo en posición funcional	20	16
* Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20	16
* Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15	12
* Pérdida total del pulgar	18	14
* Pérdida total del índice	14	11
* Pérdida total del dedo medio	9	7
* Pérdida total del anular o el meñique	8	6
c)Miembros inferiores		
* Pérdida total de una pierna	55	
* Pérdida total de un pie	40	
* Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35	
* Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30	
* Fractura no consolidada de una rótula	30	
* Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20	
* Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40	

CLÃUSULAS PARTICULARES DE LA POLIZA: 12-009251819-000000

* Anquilosis de la cadera en posición funcional 20
* Anquilosis de la rodilla en posición no funcional 30
* Anquilosis de la rodilla en posición funcional 15
* Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional 15
* Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional 8
* Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros 15
* Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros 8
* Pérdida total del dedo gordo de un pie 8
* Pérdida total de otro dedo del pie 4

1.3) Por la pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

1.4) La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudo artrosis, la indemnización no podrá exceder el 70% de la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

1.5) La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

1.6) Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la Suma Asegurada para invalidez total permanente.

1.7) Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la Suma Asegurada.

1.8) En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

1.9) La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

1.10) Las invalideces derivadas de Accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la Póliza serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

1.11) La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada Accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

1.12) Si las consecuencias de un Accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda a cargo del Asegurador se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo Accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa.

Cláusula 2: Carácter del beneficio

2.1) El beneficio acordado por Invalidez es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado.

2.2) Si el monto abonado por Invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez.

Cláusula 3- CONCURRENCIA DE INVALIDECES.

Cuando a una invalidez temporaria acompañe o sobrevenga una invalidez parcial permanente, la indemnización no podrá ser menor a la suma que corresponda por la invalidez parcial permanente más la que resulte de aplicar el porcentaje de capacidad final conservada al importe total que hubiere correspondido por la invalidez temporaria.

Cláusula 4 - AGRAVACION POR CONCAUSAS.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

CL06 - CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE FRACTURA DE HUESOS
Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Fractura de Huesos: es la rotura simple de huesos producida como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

2.1) El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Fractura de Huesos del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

2.2) Con relación a cada riesgo cubierto, el Asegurador indemnizará al Asegurado las Sumas Aseguradas que se indican a continuación, para cada una de las siguientes lesiones:

Fractura de:
* Cadera, Pelvis, Cuello – 60% de la suma asegurada máxima
* Cráneo, Omóplato – 40% de la suma asegurada máxima
* Fémur, Clavícula, Esternón – 35% de la suma asegurada máxima
* Húmero, Rótula, Codo – 30% de la suma asegurada máxia
* Antebrazo, Pierna, Mandíbula – 25% de la suma asegurada máxima
* Muñeca, Malar, Tobillo, Mano, Pie– 20% de la sumaasegurada

CLÃUSULAS PARTICULARES DE LA POLIZA: 12-009251819-000000

máxima
* Vértebra, Costilla– 15% de la suma asegurada máxima

Si como consecuencia de un mismo accidente se produjera más de uno de los riesgos cubiertos, las indemnizaciones a cargo del Asegurador se sumarán. En tal caso, la indemnización máxima a cargo del Asegurador no podrá superar el importe total máximo por Fractura de Huesos especificado en las Condiciones Particulares.

Cláusula 3: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la cláusula 5 de las Condiciones Generales, se agrega a efectos de la presente cobertura la siguiente:

a) Rotura de Huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

Cláusula 4: Carácter del beneficio

4.1) El beneficio acordado por esta Condición Específica es sustitutivo del capital asegurado que debiera liquidarse en caso de Muerte e Invalidez del Asegurado, de modo que la indemnización por tales conceptos se reducirá en el monto que se hubiere abonado por la presente cobertura.

CL07 - CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE RENTA POR INTERNACIÓN (DIARIA)
Cláusula 1: Definiciones:

A los fines de la Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

1.1) Renta por Internación: se entiende por tal a la prestación que el Asegurador otorgará por cada día que el Asegurado permanezca internado u hospitalizado en un Establecimiento Asistencial (hasta la cantidad máxima de días prevista en las Condiciones Particulares) como consecuencia inmediata de un Accidente. La Suma Asegurada diaria correspondiente a “Renta por Internación” se indica en las Condiciones Particulares.
1.2) Establecimiento Asistencial: es un establecimiento médico que se halle legalmente autorizado, que posea servicios de enfermería durante las 24 horas del día y que esté equipado para cirugía mayor.
1.3) Internación: Se entiende por tal la permanencia del Asegurado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia inmediata de un Accidente, cuando ésta supere el período de espera especificado en las Condiciones Particulares.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

2.1) El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Renta por Internación del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

2.2) El Asegurador indemnizará al Asegurado el importe diario estipulado en las Condiciones Particulares por cada día de internación del Asegurado.

Cláusula 3: Carácter del beneficio

3.1) Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Renta por Internación, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

3.2) El Asegurador deberá abonar la Suma Asegurada correspondiente a Renta por Internación en forma diaria, desde el primer día de internación del Asegurado - cuando ésta supere el período de espera especificado en las Condiciones Particulares -, hasta el plazo máximo establecido en las Condiciones Particulares.

CL09 - CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS
Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes Significados y alcances:
Gastos Médicos: se entienden por tales aquellos medicamentos y/o estudios que hayan sido prescriptos y efectuados al Asegurado por un médico matriculado, como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado. El deducible a cargo del Asegurado será el previsto en las Condiciones Particulares. La Suma Asegurada correspondiente a Gastos Médicos se indica en las Condiciones Particulares.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

2.1) El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos Médicos incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.
El Asegurador deberá abonar la Suma Asegurada correspondiente por los Gastos Médicos incurridos, en exceso del deducible a cargo del Asegurado

2.2) establecido en las Condiciones Particulares, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago.
Cláusula 3: Carácter del beneficio

3.1) Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos Médicos, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Para obtener el beneficio previsto en esta Condición Específica, el Asegurado o su representante deberá:

* Presentar las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
* Presentar copia de la receta u orden médica que prescribe la necesidad del medicamento, tratamiento, análisis o prestación, según se trate.
* Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la cláusula 13 de las Condiciones Generales.

Cláusula 13 - COBERTURA ADICIONAL DE ASISTENCIA MEDICA.
Este seguro cubre, hasta la suma prevista en las Condiciones

CLÃUSULAS PARTICULARES DE LA POLIZA: 12-009251819-000000

Particulares, el reembolso de los gastos de asistencia médico farmacéutica en que haya incurrido razonablemente el Asegurado prescrita por el facultativo, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza. El Asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales. Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada. Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, el Asegurado notificara sin dilación a cada uno de ellos los demás contratos celebrados con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad. Con esta salvedad, en caso de siniestro el Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida. El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido. Dentro de las prestaciones comprendidas en esta cobertura que otorga el presente seguro, se incluye la contribución por parte del Asegurador en los gastos de asistencia médica y farmacéutica hasta la suma establecida en las Condiciones Particulares conforme a lo estipulado en el presente suplemento de cobertura adicional de asistencia médica.

Cláusula 113 - ANEXO 1 - EXCLUSIONES A LAS CLAUSULAS ANEXAS A LA POLIZA - CLAUSULA 13.
El Asegurador no tomara a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales. Esta cobertura quedara automáticamente restablecida para nuevos siniestros, obligándose el Asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que origino la reducción de la suma asegurada.

CL11 - CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO
Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

1.1) Gastos de Sepelio: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

2.1) El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio en los que se incurra ante la Muerte del Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la Muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

2.2) El Asegurador deberá abonar, a quien presente la factura y/o comprobante de pago respectivo, los Gastos de Sepelio incurridos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a Presentar

Para obtener el beneficio previsto en esta Condición Específica, se deberá:

a) Presentar las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del Accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la Cláusula 13 de las Condiciones Generales.

CL111 - Cláusula 111 - ANEXO 1 - EXCLUSIONES A LAS CLAUSULAS ANEXAS A LA POLIZA - CLAUSULA 11.
El presente seguro no cubre los casos de incapacidad permanente e Incapacidad temporaria previstos en las Cláusulas 9 y 10 de las Condiciones Generales de la póliza.

CL112 - Cláusula 112 - ANEXO 1 - EXCLUSIONES A LAS CLAUSULAS ANEXAS A LA POLIZA - CLAUSULA 12.
Se hace constar que el presente seguro no cubre el caso de incapacidad temporaria previsto en la Cláusula 10 de las Condiciones Generales de la póliza.

CL42 - VIGENCIA DESDE LAS CERO HORAS
Se deja expresa constancia que contrariamente a los expresado en el frente de la poliza de la referencia,a vigencia de la misma comenzará a las 0 horas del día estipulado como inicio de la misma y finalizará a las 0 horas del día acordado como finalización de vigencia.-

CL02 - CCP - Cláusula 02 - CLAUSULA DE COBRANZA DE PREMIO.
Art. 1º - De acuerdo con la resolución Nº 21,600 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, el comienzo de vigencia de la cobertura del riesgo del presente seguro, queda supeditado al pago total del premio al contado. Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional de la misma. En caso de que el premio se pague en cuotas el pago de la primera de ellas dará lugar al comienzo de la cobertura. Dicha cuota no será inferior al 33% del premio total y las sucesivas serán por importes y periodos iguales, según el plan de pagos de la factura que se entrega con la presente póliza.
Art. 2º - Vencido cualquiera de los plazos de pago de las cuotas del premio sin que éste se haya producido, la cobertura quedara automáticamente suspendida desde la hora 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Toda rehabilitación de la cobertura suspendida surtirá efecto desde la hora o del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido. El premio correspondiente al periodo de cobertura suspendida quedara a favor del Asegurador como penalidad. Sin perjuicio de ello el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciere quedara a su favor como penalidad, el importe del premio correspondiente al periodo transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado. La gestión de cobro extrajudicial o judicial de premio o saldo

CLÃUSULAS PARTICULARES DE LA POLIZA: 12-009251819-000000

adeudado no modificara la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato.
Art. 3º - Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de periodos menores de un año, y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza. En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en treinta (30) días.
Art. 4º - Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que debe efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.
Art. 5º - Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán en las oficinas del Asegurador o en el lugar que se conviniere fehacientemente entre el mismo y el Asegurado.
Art. 6º - Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida de este contrato que hubiere estado a cargo del Asegurado. También podrá operarse tal compensación si en virtud del Art.120 de la Ley 17.418 el contratante de la póliza ha sido constituido como beneficiario de la póliza, pero solo hasta el límite de su beneficio.

AP901 - CLÁUSULAS ADICIONALES ESPECÍFICAS
CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN
Esta aseguradora renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra (1), sus funcionarios, empleados u obreros, en cualquier forma jurídica, con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a indemnizar al personal alcanzado por la cobertura de esta póliza la cual se encuentra contratada por (2), por los accidentes sufridos en ocasión de los trabajos realizados en (1) o durante el trayecto entre el domicilio del trabajador y su lugar de trabajo.- 1) Empresa que solicita la cláusula (1) ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA SAN ANDRES - CUIT: 30-52982680-6 2) Titular de la póliza.

API011 - COBERTURA DE GASTOS POR PRÓTESIS Y ÓRTESIS
Cláusula 1: Definiciones
1.1 A los fines de la Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:
1.1.1 Prótesis u Órtesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a- Prótesis Oftalmológicas
b- Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c- Prótesis Vasculares
d- Prótesis de Cirugía Abdominal
e- Prótesis Auditivas
f- Órtesis y Ortopedia
g- Prótesis Bucodentales

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios
2.1 El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos por Prótesis y Órtesis incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.
2.2 El Asegurador deberá abonar, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, los Gastos por Prótesis y Órtesis incurridos, en exceso del Deducible a cargo del Asegurado establecido en las Condiciones Particulares y hasta las Sumas Aseguradas Máximas que, por cada tipo de Prótesis y Órtesis implantada en el Asegurado, se establecen en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
2.3 Si como consecuencia de un mismo Accidente se implantaran más de una Prótesis y/u Órtesis al Asegurado cubiertas por la presente cobertura, las indemnizaciones a cargo del Asegurador se sumarán, siendo de aplicación un único Deducible.
2.4 La Compañía sólo efectuará el reembolso del gasto correspondiente a la primera Prótesis u Órtesis, no cubriéndose suma alguna por las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio
3.1 Queda entendido y convenido que en caso de Siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos por Prótesis y Órtesis, ya que esta prestación es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a Presentar
4.1 Para obtener el beneficio previsto en esta Condición Específica, el Asegurado o su representante deberá:
? Presentar las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
? Presentar copia de la orden médica que prescribe la necesidad del implante de la prótesis u órtesis, según se trate.
? Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del Accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la Cláusula 13 de las Condiciones Generales.

Cláusula 5: Exclusiones
5.1 A las exclusiones previstas en la Cláusula 5 de las Condiciones Generales, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
d) Renovaciones de prótesis u órtesis del Asegurado preexistentes a la contratación del seguro.

La Meridional
Compañía Argentina de Seguros S.A.

Tte. Gral. J. D. Perón 646,1º Piso (C1038AAN) C.A.B.A. - Argentina - Tel.:4909-7000
Centro de Atención Telefónica : 4909-7450 - Siniestros : 0-800-333-3244
E-mail: contacto@meridionalseguros.com.ar

Entidad	Rama	Poliza
244	12	9251819
Endoso	**Cuota**	**Fecha de Vencimiento**
000000	1	24/04/2026
Cód. Aseg.	Importe	
99999999	$ 7.350,37	

SIETE MIL, TRES CIENTOS CINCUENTA Y TREINTA Y SIETE CENTÉSIMAS

ASEGURADO: ESTEFANIA GABRIELA MENDEZ

Efectivo	Cheque N°
Banco	

Código Banco	Pago Post. a 1° Vto. (*)
Lock Box: $00415 - u$s 9133	24/05/2026

Importante:

Ver cláusula de cobranza de Premios incluída en Póliza.

ENTIDAD RECAUDADORA

La Meridional
Compañía Argentina de Seguros S.A.

Tte. Gral. J. D. Perón 646, 1º Piso (C1038AAN) C.A.B.A. - Argentina - Tel.:4909-7000
Centro de Atención Telefónica : 4909-7450 - Siniestros : 0-800-333-3244
E-mail: contacto@meridionalseguros.com.ar

Entidad	Rama	Poliza	Endoso	Cuota
244	12	9251819	000000	1
Cod. Aseg.	Fecha de Vencimiento		Importe	
99999999	24/04/2026		$ 7.350,37	

SIETE MIL, TRES CIENTOS CINCUENTA Y TREINTA Y SIETE CENTÉSIMAS

ASEGURADO: ESTEFANIA GABRIELA MENDEZ

Efectivo	Cheque N°	Banco
		Lock Box: $00415 - u$s 9133

SELLAR AL DORSO

24401200925181900000001090426300000735037999999992

Pago Post. a 1° Vto. (*)
24/05/2026

Importante:

Ver cláusula de cobranza de Premios incluída en Póliza.

TALON PARA LA COMPAÑIA

La Meridional
Compañía Argentina de Seguros S.A.

Tte. Gral. J. D. Perón 646, 1º Piso (C1038AAN) C.A.B.A. - Argentina - Tel.:4909-7000
Centro de Atención Telefónica : 4909-7450 - Siniestros : 0-800-333-3244
E-mail: contacto@meridionalseguros.com.ar

RECIBO OFICIAL

Entidad	Rama	Poliza	Endoso	Cuota
244	12	9251819	000000	1
Cod. Aseg.	Fecha de Vencimiento		Importe	
99999999	24/04/2026		$ 7.350,37	

SIETE MIL, TRES CIENTOS CINCUENTA Y TREINTA Y SIETE CENTÉSIMAS

ASEGURADO: ESTEFANIA GABRIELA MENDEZ

Efectivo	Cheque N°	Banco
		Lock Box: $00415 - u$s 9133

Importante:

Ver cláusula de cobranza de Premios incluida en Póliza.

Pago Post. a 1° Vto. (*)
24/05/2026

(*) "El pago efectuado en ésta fecha no rehabilitarála cobertura suspendida sino a partir de las 0 (cero) horas del día posterior al pago"

C.U.I.T. 30-50005116-3 - I.V.A.: RESP. INSCRIPTO - ING. BRUTOS: N 901-913637-5

TALON PARA EL ASEGURADO

La Meridional
Compañía Argentina de Seguros S.A.

Tte. Gral. J. D. Perón 646,1º Piso (C1038AAN) C.A.B.A. - Argentina - Tel.:4909-7000
Centro de Atención Telefónica : 4909-7450 - Siniestros : 0-800-333-3244
E-mail: contacto@meridionalseguros.com.ar

Entidad	Rama	Poliza
Endoso	**Cuota**	**Fecha de Vencimiento**
Cód. Aseg.	Importe	

ASEGURADO:

Efectivo	Cheque N°
Banco	

Código Banco	Pago Post. a 1° Vto. (*)
Lock Box: $00415 - u$s 9133	

Importante:

Ver cláusula de cobranza de Premios incluída en Póliza.

ENTIDAD RECAUDADORA

La Meridional
Compañía Argentina de Seguros S.A.

Tte. Gral. J. D. Perón 646, 1º Piso (C1038AAN) C.A.B.A. - Argentina - Tel.:4909-7000
Centro de Atención Telefónica : 4909-7450 - Siniestros : 0-800-333-3244
E-mail: contacto@meridionalseguros.com.ar

Entidad	Rama	Poliza	Endoso	Cuota
Cod. Aseg.	Fecha de Vencimiento		Importe	

ASEGURADO:

Efectivo	Cheque N°	Banco
		Lock Box: $00415 - u$s 9133

SELLAR AL DORSO

Pago Post. a 1° Vto. (*)

Importante:

Ver cláusula de cobranza de Premios incluída en Póliza.

TALON PARA LA COMPAÑIA

La Meridional
Compañía Argentina de Seguros S.A.

Tte. Gral. J. D. Perón 646, 1º Piso (C1038AAN) C.A.B.A. - Argentina - Tel.:4909-7000
Centro de Atención Telefónica : 4909-7450 - Siniestros : 0-800-333-3244
E-mail: contacto@meridionalseguros.com.ar

RECIBO OFICIAL

Entidad	Rama	Poliza	Endoso	Cuota
Cod. Aseg.	Fecha de Vencimiento		Importe	

ASEGURADO:

Efectivo	Cheque N°	Banco
		Lock Box: $00415 - u$s 9133

Importante:

Ver cláusula de cobranza de Premios incluida en Póliza.

Pago Post. a 1° Vto. (*)

(*) "El pago efectuado en ésta fecha no rehabilitarála cobertura suspendida sino a partir de las 0 (cero) horas del día posterior al pago"

C.U.I.T. 30-50005116-3 - I.V.A.: RESP. INSCRIPTO - ING. BRUTOS: N 901-913637-5

TALON PARA EL ASEGURADO

SIN VALOR COMERCIAL

PUEDE ABONAR SU CUOTA UTILIZANDO ESTA CUPONERA EN LOS SIGUIENTES LUGARES:

Efectivo

- **RAPIPAGO**
- **PAGO FACIL**
- **RIPSA**
- **MERCADO PAGO**

Efectivo o cheque de la misma plaza a nombre del Banco exclusivamente

- **BANCO NACION**
- **NUEVO BCO. SANTA FE**

PUEDE ABONAR SU CUOTA UTILIZANDO ESTA CUPONERA EN LOS SIGUIENTES LUGARES:

Efectivo

- **RAPIPAGO**
- **PAGO FACIL**
- **RIPSA**
- **MERCADO PAGO**

Efectivo o cheque de la misma plaza a nombre del Banco exclusivamente

- **BANCO NACION**
- **NUEVO BCO. SANTA FE**

PUEDE ABONAR SU CUOTA UTILIZANDO ESTA CUPONERA EN LOS SIGUIENTES LUGARES:

Efectivo

- **RAPIPAGO**
- **PAGO FACIL**
- **RIPSA**
- **MERCADO PAGO**

Efectivo o cheque de la misma plaza a nombre del Banco exclusivamente

- **BANCO NACION**
- **NUEVO BCO. SANTA FE**

PUEDE ABONAR SU CUOTA UTILIZANDO ESTA CUPONERA EN LOS SIGUIENTES LUGARES:

Efectivo

- **RAPIPAGO**
- **PAGO FACIL**
- **RIPSA**
- **MERCADO PAGO**

Efectivo o cheque de la misma plaza a nombre del Banco exclusivamente

- **BANCO NACION**
- **NUEVO BCO. SANTA FE**

PUEDE ABONAR SU CUOTA UTILIZANDO ESTA CUPONERA EN LOS SIGUIENTES LUGARES:

Efectivo

- **RAPIPAGO**
- **PAGO FACIL**
- **RIPSA**
- **MERCADO PAGO**

Efectivo o cheque de la misma plaza a nombre del Banco exclusivamente

- **BANCO NACION**
- **NUEVO BCO. SANTA FE**

PUEDE ABONAR SU CUOTA UTILIZANDO ESTA CUPONERA EN LOS SIGUIENTES LUGARES:

Efectivo

- **RAPIPAGO**
- **PAGO FACIL**
- **RIPSA**
- **MERCADO PAGO**

Efectivo o cheque de la misma plaza a nombre del Banco exclusivamente

- **BANCO NACION**
- **NUEVO BCO. SANTA FE**