Condiciones particulares de la póliza

COMPAÑÍA DE SEGUROS LA MERCANTIL ANDINA S.A
CUIT: 30-50003691-1 - ING. BRUTOS N°: 913500195-8
I.V.A.: RESPONS. INSCR. AGENTE RET.
SAA_SERVICIODEATENCIONALASEGURADO@LAMERCANTIL.COM.AR

0810-888-6262 | SERVICIO DE ATENCIÓN AL ASEGURADO
(011) 43105400 | OFICINA CENTRAL
NECOCHEA 183 - (CP 5500) MENDOZA CAP.
WWW.MERCANTILANDINA.COM.AR

Información de póliza | ACCIDENTES PERSONALES

N° DE PÓLIZA 004767127 N° ENDOSO 000001

VIG. DESDE	VIG. HASTA	FECHA DE EMISIÓN	LUGAR DE EMISIÓN	PÓLIZA RENUEVA N°	RENOV. AUT.
22/10/2026	22/11/2026	16/10/2026	5500 Mendoza	000000000	SI

Asegurado | Tomador ORTEGA DARDO JONATAN NAHUEL

N° ASEGURADO 7409758

DNI / CUIT / CUIL	DOMICILIO	LOCALIDAD / PROVINCIA	CORREO ELECTRÓNICO:
38.757.474 Cons. Final	BARRIO CORDON DEL PLATA M N° 5 08 CP.5561	TUPUNGATO / MZA	ayecastro93@gmail.com

Riesgo asegurado

MOTIVO DE MOVIMIENTO
FACTURACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
COBERTURA OCUPACIONAL

ACTIVIDAD AMPARADA
TRANSPORTE TERRESTRE

SUMA ASEGURADA TOTAL
$ 16.000.000

Este documento puede incluir uno o más riesgos asegurados y/o ubicaciones.

El detalle de coberturas, delimitaciones del riesgo cubierto, exclusiones y cláusulas aplicables, se encuentra en las hojas siguientes.

Liquidación del premio

Valor en pesos - ($)

PRIMA	6. 588, 50
RECARGO FINANCIERO	0, 00
IMP. Y SELLOS	138, 36
PERCEP. INGRESOS BRUTOS	0, 00
I.V.A.	1. 383, 59
SOBRETASA I.V.A.	0, 00
PERCEP. I.V.A.	0, 00
Premio total a pagar	**8. 110, 45**

MONEDA DE CONTRATO	Pesos
MONEDA DE PAGO	Pesos
COTIZACIÓN DE LA MONEDA	No aplica
MÉTODO DE PAGO	Otro

Intermediario del seguro

NOMBRE
CASTRO AYELEN KATHERINA

N° DE MATRICULA/RAI
109631

CORREO ELECTRÓNICO
AYECASTRO93@GMAIL.COM

TELÉFONO
2622528036

La aseguradora cuenta con un Servicio de Atención al Asegurado para consultas y reclamos de tomadores, asegurados, beneficiarios y derechohabientes. Si el reclamo no fuera resuelto satisfactoriamente, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) por e-mail a consultas@ssn.gob.ar o en argentina.gob.ar/ssn.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveído Nº 120826

Esteban Rodríguez
Director Comercial

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 7409758 ORTEGA DARDO JONATAN NAHUEL
BARRIO CORDON DEL PLATA M N° 5 08 , (5561) TUPUNGATO M
IVA: Consumidor Final

Período..: 31 Días
Vigencia..: 22.10.2026 / 22.11.2026
F.Emisión: 16.10.2026

04 COBERTURA OCUPACIONAL
****

Coberturas de Subrama

Descripción del Riesgo	Suma Asegurada	
TRANSPORTE TERRESTRE - CHOFER CAMIONES MERCADERIAS 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	$	10000000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por muerte:.....
..... 10.000.000
según lo establecido en la cláusula 8 de las
Condiciones Generales.-
Límite de cobertura, por persona, por Invalidez
total y/o parcial permanente, hasta:... 10.000.000
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	$	5000000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Límite de cobertura, por persona, por gastos de
asistencia médico-farmacéutica, hasta: 5.000.000
según lo establecido en la Cláusula 1 del Anexo 3
con una franquicia deducible por evento 50.000
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	$	1000000,00

Modalidad: A PRIMER RIESGO ABSOLUTO

Limite de cobertura, por persona, por gastos de
sepelio, por Accidente cubierto hasta: 1.000.000
"LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN", SE FIJA DICHO
LÍMITE MÁXIMO POR ACONTECIMIENTO QUE AFECTE A
MAS DE UNA PERSONA POR TODO CONCEPTO, INCLUYENDO
TODAS LAS PERSONAS ASEGURADAS ACTUALMENTE O
INCORPORADAS EN EL FUTURO A LA PÓLIZA E 16.000.000
SUMA ASEGURADA TOTAL: 16.000.000
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
AL PAGO DE LAS PRESTACIONES ESTIPULADAS EN LAS CONDICIONES

W 0676

ACCIDENTES PERSONALES
Suplemento Adicional 01 - Póliza 004767127 / 00001 Prd. 119-10071 /17967 Asegurado 2

CONDICIONES PARTICULARES

PARTICULARES, UNICAMENTE EN EL CASO DE QUE LA PERSONA DESIG-
NADA EN LAS MISMAS COMO ASEGURADO, SUFRIERA DURANTE LA VIGEN
CIA DEL SEGURO ALGUN ACCIDENTE MIENTRAS SE ENCUENTRE EN EL
LUGAR Y EN OCASION DEL TRABAJO, DESEMPEÑANDO TAREAS DENUN-
CIADAS EN LA POLIZA, LAS 24 HORAS DEL DIA.
LA PRESENTE COBERTURA SE AMPLIA A CUBRIR CUANDO EL DAÑO SE
PRODUZCA EN EL TRAYECTO ENTRE EL DOMICILIO DEL ASEGURADO Y
SU LUGAR DE TRABAJO, O VISCEVERSA, SIEMPRE QUE EL RECORRIDO
NO HUBIERA SIDO INTERRUMPIDO EN INTERES PARTICULAR DEL TRA-
BAJADOR, O POR CUALQUIER RAZON EXTRAÑA AL TRABAJO, SIEMPRE
QUE DICHO ACCIDENTE FUERE LA CAUSA ORIGINARIA DE SU MUERTE O
INVALIDEZ PERMANENTE, TOTAL O PARCIAL, Y QUE LAS CONSECUEN-
CIAS DEL ACCIDENTE SE MANIFIESTEN A MAS TARDAR DENTRO DE UN
AÑO A CONTAR DE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL MISMO. ASIMISMO
QUEDA EXCLUIDO DE ESTE SEGURO TODO ACCIDENTE OCURRIDO AL
ASEGURADO MIENTRAS VIAJE EN OTROS MEDIOS DE TRANSPORTE QUE
LOS INDICADOS EN LA CLAUSULA 3 DE LAS CONDICIONES GENERALES
O CUANDO TOME PARTE EN JUEGOS, DEPORTES O DIVERSIONES, AUN
EN LOS HORARIOS DE TRABAJO.
SE MANTIENEN INVARIABLES TODAS LAS DISPOSICIONES DE LAS CON-
DICIONES GENERALES NO EXPRESAMENTE MODIFICADAS POR ESTA
CLAUSULA.-
AMBITO DE LA COBERTURA: REPUBLICA ARGENTINA.-
IMPORTANTE: PARA LA COBERTURA DEL TRAYECTO "INITINERE" SE
CONTEMPLA EL USO DE VEHICULOS NO AUTOPROPULSADOS, TALES COMO
BICICLETAS.-
CLAUSULA DE BENEFICIARIO----------
Queda entendido y convenido que, contrariamente a lo estipu-
lado en la cláusula de Designacion de Beneficiarios en lo --
que respecta a la institución de Beneficiario en primer tér-
mino, de acuerdo con lo expresamente solicitado por el Asegu
rado, se deja establecido por el presente anexo que la(s) em
presa(s) que figura(n) al pie de la presente, será(n) el/los
único(s) Beneficiario(s) de la presente póliza en la medida
que su responsabilidad, respecto del Asegurado, en tanto se-
haya accidentado mientras el mismo se encuentre ejecutando--
locación de servicio contratado por la(s) empresa(s) que tam
bién figura(n) al pié de la presente cláusula, cumpliendo ta
reas inherentes a la pertinente contratación y/o circunstan-
cias que le generen responsabilidad a la misma.----------
RAZON SOCIAL: RPB S.A
NUMERO DE CUIT:30-66313737-5
CLAUSULA DE NO REPETICION
==========
CONSTE POR EL PRESENTE QUE MERCANTIL ANDINA S.A RENUNCIA EN
FORMA EXPRESA A RECLAMAR O INICIAR TODA ACCIÓN DE REPETICIÓN
O DE REGRESO CONTRA LAS EMPRESAS CITADAS AL PIE,----------
SUS FUNCIONARIOS, OBREROS, EMPLEADOS, SEA EN CUALQUIER OTRA
FORMA JURÍDICA CON MOTIVO DE LAS PRESTACIONES EN ESPECIE O
DINERARIA QUE SE VEA OBLIGADO A ABONAR, CONTRATAR Y OTORGAR
EL PERSONAL DEPENDIENTE O EX-DEPENDIENTE DEL ASEGURADO, AMPA
RADOS POR LA COBERTURA DE LA PRESENTE, POR ACCIDENTES OCURRI
DOS EN OCASIÓN DEL TRABAJO.
ESTA CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN CESARÁ EN SUS EFECTOS SI EL
EMPRESARIO O COMITENTE A FAVOR DE QUIEN SE EMITE NO CUMPLE
ESTRICTAMENTE CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN E HIGIENE Y SE-
GURIDAD EN EL TRABAJO O DE CUALQUIER MANERA INFRINGE LA LEY
19.587, SU DECRETO REGLAMENTARIO 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.
RAZON SOCIAL: RPB S.A
NUMERO DE CUIT:30-66313737_5

Coberturas especificas de este riesgo
6- GASTOS DE SEPELIO POR MUERTE ACCIDENTAL

Cláusulas y/o Anexos:
00:1,5/2/3,2/3,5/3,8/3,40/40/90/ANEXO,III/ANEXO,II/
04:4/
00:3,1/

Prima:	$ 6588,50	Rec. Fin. e Impuestos:	1521,95	Premio:	8110,45

Productor..: 1796/7 CASTRO AYELEN KATHERINA
Localidad..: (5561) TUPUNGATO MZA

Plan de Pago

Cuota	Vto.Asegu.	Importe
1	22.10.2026	8110,45

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: 004767127 001 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7409758 ORTEGA DARDO JONATAN NAHUEL
DOMICILIO: BARRIO CORDON DEL PLATA M N° 5 08, (5561) TUPUNGATO MZA
FECHA EMISION: 16.10.2026
VIGENCIA DE PÓLIZA: 22.09.2026 - 22.11.2026

VTO. PAGO	IMPORTE
22.10.2026	$ 8.110,45

El presente plan de pago para la póliza 004767127 reemplaza cualquier documento emitido con anterioridad a la fecha 16.10.2026

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: 004767127 001 01 **RAMA:** ACCIDENTES PERSONALES (06)
ASEGURADO: 7409758 ORTEGA DARDO JONATAN NAHUEL
FECHA EMISION: 16.10.2026
VIGENCIA PÓLIZA: 22.09.2026 - 22.11.2026
COD. DESPACHO: 119 0017967 CASTRO AYELEN KATHERINA-VP 10.11.26
Facturación

VTO. PAGO	IMPORTE
22.10.2026	$ 8.110,45

ALIAS TRANSFERENCIA: 20387574744.MA
PAGOMISCUENTAS/RAPIPAGO/PAGO FÁCIL: 7409758/8
CÓDIGO DE LINK PAGOS: 0000000000064767127

0940060476712700101100081104500179672210269999116 6

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

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

VTO. PAGO	IMPORTE

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

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

VTO. PAGO	IMPORTE

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

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

VTO. PAGO	IMPORTE

Fecha: 21/10/2026 **Hoja Nº:** 0001

ACCIDENTES PERSONALES

ANEXO DE POLIZA N° 004767127/000001

CONTRATANTE : ORTEGA DARDO JONATAN NAHUEL ACTIVIDAD : PRODUCTOR: 17967

DOMICILIO : BARRIO CORDON DEL NRO: 5 LOCALIDAD : TUPUNGATO MZA

NRO. ITEM	APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	VIGENCIA DESDE	CAPITAL ASEGURADO	DOCUMENTO TIPO-NUMERO
1	ORTEGA, DARDO JONATAN NAHUEL	25.07.1994	22.09.2026	16.000.000,00	DNI 38.757.474

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

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

FD0690