INTĒGRITY SEGUROS

Constancia de Cobertura

INTĒGRITY AP

FECHA DE EMISIÓN:	22/02/2022

RAZON SOCIAL DEL TOMADOR:	C.U.I.T / Doc. N°:
SH, AG COM	30707528369

Domicilio:	OLAVARRIA 1341 2 A	**Póliza N°:**	000000042399
Cod. Postal:	1000	**Certificado N°:**	3638856
Localidad:	CAPITAL FEDERAL	**Fecha Inicio de Vigencia:**	21/05/2021
Provincia:	CAPITAL FEDERAL	**Fecha Fin de Vigencia:**	21/05/2022

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL ASEGURADO:	FECHA NACIMIENTO:	FECHA ALTA:
GARCIA, PABLO MATIAS	10/03/1977	05/07/2018

TIPO DE DOCUMENTO:	DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	N° DE DOCUMENTO:	25784897

Para ser presentado ante quien corresponda.
Se deja constancia que bajo la póliza arriba indicada y mientras se encuentre al servicio del Tomador, el Asegurado se encuentra cubierto por los riesgos que más abajo se detallan, de acuerdo con las Condiciones Particulares y/o Cláusulas Adicionales que forman parte de la póliza.

RIESGOS CUBIERTOS	SUMAS ASEGURADAS	FRANQUICIA
MUERTE ACCIDENTAL	$ 1.500.000	$ 0
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL/PARCIAL POR ACCIDENTE	$ 1.500.000	$ 0
REEMBOLSOS DE GS MÉDICOS FARMACÉUTICOS POR ACCIDENTE	$ 150.000	$ 300

PRODUCTO	BENEFICIARIO PARA EL CASO DE MUERTE
AC - JORNADA LABORAL E IN ITINERE	TOMADOR

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asi mismo, usted tiene derecho a efectuar o modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna formalidad.

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en esta Constancia de Incorporación tendra el derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Contratante y/o Tomador del presente Seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación economico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CC 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono: 4338-4000 (líneas rotativas) en horario de 10:30 a 17.30. Podrá consultarse vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar. Resolución S.S.N. Nro. 24.868.

David Rey Goitia (Apoderado)

La presente constancia se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Intégrity Seguros Argentina S.A.
Av. Paseo Colón 357 (C1063ACD)
Ciudad de Bs. As., Argentina.
30-70496198-3

INTĒGRITY SEGUROS

Constancia de Cobertura

INTĒGRITY AP

1 - BENEFICIARIO EN 1ER.TERMINO

Queda entendido y convenido que en lo que respecta a la institución de beneficiario en 1er.termino, de acuerdo a lo expresamente solicitado por el asegurado se deja establecido por la presente que 30-50084630-1 ABBOTT LAB. ARGENTINA S.A. 30-53404521-9 ABRIL S.A. 30-52982680-6 ASOCIACIÓN CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES 30-70794874-0 CONS PROP BARRIO PRIVADO FINCAS DE IRAOLA 30-70855937-3 FINCAS DE IRAOLA S.A. 30-55639644-9 PEREIRAOLA S.A.. será el único beneficiario de la presente póliza en la medida que el asegurado se haya accidentado mientras se encuentre ejecutando servicios para esa firma, y/o en circunstancias que le generen responsabilidad a la misma.
Finalmente cabe destacar que en caso de ocurrencia de accidente durante el tiempo no laboral, el beneficiario será "herederos legales".-

1000 - CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

Esta Aseguradora renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra 30-50084630-1 ABBOTT LAB. ARGENTINA S.A. 30-53404521-9 ABRIL S.A. 30-52982680-6 ASOCIACIÓN CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES 30-70794874-0 CONS PROP BARRIO PRIVADO FINCAS DE IRAOLA 30-70855937-3 FINCAS DE IRAOLA S.A. 30-55639644-9 PEREIRAOLA S.A. , sus funcionarios o empleados, en cualquier forma jurídica, con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a indemnizar al personal alcanzado por esta póliza.

INTĒGRITY SEGUROS

Constancia de Cobertura

INTĒGRITY AP

FECHA DE EMISIÓN:	24/02/2022

RAZON SOCIAL DEL TOMADOR:	C.U.I.T / Doc. N°:
SH, AG COM	30707528369

Domicilio:	OLAVARRIA 1341 2 A	**Póliza N°:**	000000042399
Cod. Postal:	1000	**Certificado N°:**	3638856
Localidad:	CAPITAL FEDERAL	**Fecha Inicio de Vigencia:**	29/11/2021
Provincia:	CAPITAL FEDERAL	**Fecha Fin de Vigencia:**	21/05/2022

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL ASEGURADO:	FECHA NACIMIENTO:	FECHA ALTA:
GARCIA, PABLO MATIAS	10/03/1977	05/07/2018

TIPO DE DOCUMENTO:	DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	N° DE DOCUMENTO:	25784897

Para ser presentado ante quien corresponda.
Se deja constancia que bajo la póliza arriba indicada y mientras se encuentre al servicio del Tomador, el Asegurado se encuentra cubierto por los riesgos que más abajo se detallan, de acuerdo con las Condiciones Particulares y/o Cláusulas Adicionales que forman parte de la póliza.

RIESGOS CUBIERTOS	SUMAS ASEGURADAS	FRANQUICIA
MUERTE ACCIDENTAL	$ 1.500.000	$ 0
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL/PARCIAL POR ACCIDENTE	$ 1.500.000	$ 0
REEMBOLSOS DE GS MÉDICOS FARMACÉUTICOS POR ACCIDENTE	$ 150.000	$ 300

PRODUCTO	BENEFICIARIO PARA EL CASO DE MUERTE
AC - JORNADA LABORAL E IN ITINERE	TOMADOR

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asi mismo, usted tiene derecho a efectuar o modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna formalidad.

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en esta Constancia de Incorporación tendra el derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Contratante y/o Tomador del presente Seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación economico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CC 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono: 4338-4000 (líneas rotativas) en horario de 10:30 a 17.30. Podrá consultarse vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar. Resolución S.S.N. Nro. 24.868.

David Rey Goitia (Apoderado)

La presente constancia se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Intégrity Seguros Argentina S.A.
Av. Paseo Colón 357 (C1063ACD)
Ciudad de Bs. As., Argentina.
30-70496198-3

INTĒGRITY
SEGUROS

Constancia de Cobertura

INTĒGRITY
AP

1 - BENEFICIARIO EN 1ER.TERMINO

Queda entendido y convenido que en lo que respecta a la institución de beneficiario en 1er.termino, de acuerdo a lo expresamente solicitado por el asegurado se deja establecido por la presente que 30-50084630-1 ABBOTT LAB. ARGENTINA S.A. 30-53404521-9 ABRIL S.A. 30-52982680-6 ASOCIACIÓN CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES 30-70794874-0 CONS PROP BARRIO PRIVADO FINCAS DE IRAOLA 30-70855937-3 FINCAS DE IRAOLA S.A. 30-55639644-9 PEREIRAOLA S.A 30-71159690-5 CBN-Group S.A 30-71089423-6 Log-In S.R.L. Consorcio de propietarios barrio cerrado talar del lago 2 Cuit 30708955244 .. será el único beneficiario de la presente póliza en la medida que el asegurado se haya accidentado mientras se encuentre ejecutando servicios para esa firma, y/o en circunstancias que le generen responsabilidad a la misma.
Finalmente cabe destacar que en caso de ocurrencia de accidente durante el tiempo no laboral, el beneficiario será "herederos legales".-

1000 - CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

Esta Aseguradora renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra 30-50084630-1 ABBOTT LAB. ARGENTINA S.A. 30-53404521-9 ABRIL S.A. 30-52982680-6 ASOCIACIÓN CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES 30-70794874-0 CONS PROP BARRIO PRIVADO FINCAS DE IRAOLA 30-70855937-3 FINCAS DE IRAOLA S.A. 30-55639644-9 PEREIRAOLA S.A30-71159690-5 CBN-Group S.A 30-71089423-6 Log-In S.R.L. Consorcio de propietarios barrio cerrado talar del lago 2 Cuit 30708955244 , sus funcionarios o empleados, en cualquier forma jurídica, con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a indemnizar al personal alcanzado por esta póliza.

INTĒGRITY SEGUROS

Constancia de Cobertura

INTĒGRITY AP

FECHA DE EMISIÓN:	29/03/2022

RAZON SOCIAL DEL TOMADOR:	C.U.I.T / Doc. N°:
SH, AG COM	30707528369

Domicilio:	OLAVARRIA 1341 2 A	**Póliza N°:**	000000042399
Cod. Postal:	1000	**Certificado N°:**	3638856
Localidad:	CAPITAL FEDERAL	**Fecha Inicio de Vigencia:**	29/11/2021
Provincia:	CAPITAL FEDERAL	**Fecha Fin de Vigencia:**	21/05/2022

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL ASEGURADO:	FECHA NACIMIENTO:	FECHA ALTA:
GARCIA, PABLO MATIAS	10/03/1977	05/07/2018

TIPO DE DOCUMENTO:	DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	N° DE DOCUMENTO:	25784897

Para ser presentado ante quien corresponda.
Se deja constancia que bajo la póliza arriba indicada y mientras se encuentre al servicio del Tomador, el Asegurado se encuentra cubierto por los riesgos que más abajo se detallan, de acuerdo con las Condiciones Particulares y/o Cláusulas Adicionales que forman parte de la póliza.

RIESGOS CUBIERTOS	SUMAS ASEGURADAS	FRANQUICIA
MUERTE ACCIDENTAL	$ 1.500.000	$ 0
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL/PARCIAL POR ACCIDENTE	$ 1.500.000	$ 0
REEMBOLSOS DE GS MÉDICOS FARMACÉUTICOS POR ACCIDENTE	$ 150.000	$ 300

PRODUCTO	BENEFICIARIO PARA EL CASO DE MUERTE
AC - JORNADA LABORAL E IN ITINERE	TOMADOR

SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asi mismo, usted tiene derecho a efectuar o modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna formalidad.

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en esta Constancia de Incorporación tendra el derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Contratante y/o Tomador del presente Seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación economico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CC 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono: 4338-4000 (líneas rotativas) en horario de 10:30 a 17.30. Podrá consultarse vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar. Resolución S.S.N. Nro. 24.868.

David Rey Goitia (Apoderado)

La presente constancia se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Intégrity Seguros Argentina S.A.
Av. Paseo Colón 357 (C1063ACD)
Ciudad de Bs. As., Argentina.
30-70496198-3

INTĒGRITY
SEGUROS

Constancia de Cobertura

INTĒGRITY
AP

1 - BENEFICIARIO EN 1ER.TERMINO

Queda entendido y convenido que en lo que respecta a la institución de beneficiario en 1er.termino, de acuerdo a lo expresamente solicitado por el asegurado se deja establecido por la presente que 30-50084630-1 ABBOTT LAB. ARGENTINA S.A. 30-53404521-9 ABRIL S.A. 30-52982680-6 ASOCIACIÓN CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES 30-70794874-0 CONS PROP BARRIO PRIVADO FINCAS DE IRAOLA 30-70855937-3 FINCAS DE IRAOLA S.A. 30-55639644-9 PEREIRAOLA S.A 30-71159690-5 CBN-Group S.A 30-71089423-6 Log-In S.R.L. Consorcio de propietarios barrio cerrado talar del lago 2 Cuit 30708955244 .. será el único beneficiario de la presente póliza en la medida que el asegurado se haya accidentado mientras se encuentre ejecutando servicios para esa firma, y/o en circunstancias que le generen responsabilidad a la misma.
Finalmente cabe destacar que en caso de ocurrencia de accidente durante el tiempo no laboral, el beneficiario será "herederos legales".-

1000 - CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

Esta Aseguradora renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra 30-50084630-1 ABBOTT LAB. ARGENTINA S.A. 30-53404521-9 ABRIL S.A. 30-52982680-6 ASOCIACIÓN CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES 30-70794874-0 CONS PROP BARRIO PRIVADO FINCAS DE IRAOLA 30-70855937-3 FINCAS DE IRAOLA S.A. 30-55639644-9 PEREIRAOLA S.A30-71159690-5 CBN-Group S.A 30-71089423-6 Log-In S.R.L. Consorcio de propietarios barrio cerrado talar del lago 2 Cuit 30708955244 , sus funcionarios o empleados, en cualquier forma jurídica, con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a indemnizar al personal alcanzado por esta póliza.