MAPFRE

# CONSTANCIA DE COBERTURA

**Constancia Nro.: 4627704**

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

**Póliza N° : 1070185787507** Vigencia desde el 24/02/2022 hasta el 24/02/2023.

| | |
|---|---|
| Tomador: | HERNANDEZ, AGUSTIN |
| CUIT/CUIL/DU: | 20348334612 |
| Plan: | AP ASISTENCIAL - 3.500.000 - IN ITINERE |
| Moneda de la póliza: | PESOS |
| Vidas vigentes: | 7 |
| Coberturas: | ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $210,000 |
| | MUERTE E INCAPACIDAD - $3,500,000 |
| | ASISTENCIA PRESTACIONAL - $600,000 |
| Franquicia AMF: | $200 |
| Límite de altura: | 8 METROS |

**NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO**

| Documento | Apellido y Nombre |
|---|---|
| DU 40579228 | BARRIONUEVO NICOLAS LEONARDO |
| DU 26255202 | DIBIASI CESAR ALBERTO |
| DU 36223275 | GONZALEZ LEONARDO FRANCISCO |
| DU 34833461 | HERNANDEZ AGUSTIN |
| DU 95491273 | QUINTANA MARIO ANDRES |
| DU 34705165 | SEBA AGUSTINA JAZMIN |
| DU 33208078 | SILVA JUAN HERALDO DAVID |

**Cantidad Total de Asegurados: 7**

Se deja constancia que, a partir del momento que el asegurado cumpla la edad de 76 años, la cobertura de muerte por accidente y las coberturas adicionales quedaran excluidas de la póliza.

**Cláusula de No Repetición**

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra Akapol - CUIT 30504065207 sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ámbito Laboral con cobertura Prestacional que forman parte integrante de la referida póliza.

La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 12/09/2022, para ser presentada ante quien corresponda.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

# CONSTANCIA DE COBERTURA

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 un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.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.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

MAPFRE

# CONSTANCIA DE COBERTURA

**Constancia Nro.: 4639915**

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

**Póliza N° : 1070185787507** Vigencia desde el 24/02/2022 hasta el 24/02/2023.

| | |
|---|---|
| Tomador: | HERNANDEZ, AGUSTIN |
| CUIT/CUIL/DU: | 20348334612 |
| Plan: | AP ASISTENCIAL - 3.500.000 - IN ITINERE |
| Moneda de la póliza: | PESOS |
| Vidas vigentes: | 7 |
| Coberturas: | ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $210,000 |
| | MUERTE E INCAPACIDAD - $3,500,000 |
| | ASISTENCIA PRESTACIONAL - $600,000 |
| Franquicia AMF: | $200 |
| Límite de altura: | 8 METROS |

**NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO**

| Documento | Apellido y Nombre |
|---|---|
| DU 40579228 | BARRIONUEVO NICOLAS LEONARDO |
| DU 26255202 | DIBIASI CESAR ALBERTO |
| DU 36223275 | GONZALEZ LEONARDO FRANCISCO |
| DU 34833461 | HERNANDEZ AGUSTIN |
| DU 95491273 | QUINTANA MARIO ANDRES |
| DU 34705165 | SEBA AGUSTINA JAZMIN |
| DU 33208078 | SILVA JUAN HERALDO DAVID |

**Cantidad Total de Asegurados: 7**

Se deja constancia que, a partir del momento que el asegurado cumpla la edad de 76 años, la cobertura de muerte por accidente y las coberturas adicionales quedaran excluidas de la póliza.

**Cláusula de No Repetición**

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra Akapol - CUIT 30504065207 sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

**Endoso de Beneficiario Preferente**

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como beneficiario preferente de la cobertura de muerte a AKAPOL - CUIT/DNI 30504065207. Dicha designación se encuentra condicionada a que el asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él ó sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil. De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador. De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las Condiciones Especiales, Cláusula 2, ítem III. Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

# CONSTANCIA DE COBERTURA

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ámbito Laboral con cobertura Prestacional que forman parte integrante de la referida póliza.

La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 28/09/2022, para ser presentada ante quien corresponda.

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 un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.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.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

MAPFRE

# CONSTANCIA DE COBERTURA

**Constancia Nro.: 4627704**

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

**Póliza N° : 1070185787507** Vigencia desde el 24/02/2022 hasta el 24/02/2023.

| | |
|---|---|
| Tomador: | HERNANDEZ, AGUSTIN |
| CUIT/CUIL/DU: | 20348334612 |
| Plan: | AP ASISTENCIAL - 3.500.000 - IN ITINERE |
| Moneda de la póliza: | PESOS |
| Vidas vigentes: | 7 |
| Coberturas: | ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $210,000 |
| | MUERTE E INCAPACIDAD - $3,500,000 |
| | ASISTENCIA PRESTACIONAL - $600,000 |
| Franquicia AMF: | $200 |
| Límite de altura: | 8 METROS |

**NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO**

| Documento | Apellido y Nombre |
|---|---|
| DU 40579228 | BARRIONUEVO NICOLAS LEONARDO |
| DU 26255202 | DIBIASI CESAR ALBERTO |
| DU 36223275 | GONZALEZ LEONARDO FRANCISCO |
| DU 34833461 | HERNANDEZ AGUSTIN |
| DU 95491273 | QUINTANA MARIO ANDRES |
| DU 34705165 | SEBA AGUSTINA JAZMIN |
| DU 33208078 | SILVA JUAN HERALDO DAVID |

**Cantidad Total de Asegurados: 7**

Se deja constancia que, a partir del momento que el asegurado cumpla la edad de 76 años, la cobertura de muerte por accidente y las coberturas adicionales quedaran excluidas de la póliza.

**Cláusula de No Repetición**

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra Akapol - CUIT 30504065207 sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ámbito Laboral con cobertura Prestacional que forman parte integrante de la referida póliza.

La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 12/09/2022, para ser presentada ante quien corresponda.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

# CONSTANCIA DE COBERTURA

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 un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.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.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

MAPFRE

# CONSTANCIA DE COBERTURA

**Constancia Nro.: 4639915**

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

**Póliza N° : 1070185787507** Vigencia desde el 24/02/2022 hasta el 24/02/2023.

| | |
|---|---|
| Tomador: | HERNANDEZ, AGUSTIN |
| CUIT/CUIL/DU: | 20348334612 |
| Plan: | AP ASISTENCIAL - 3.500.000 - IN ITINERE |
| Moneda de la póliza: | PESOS |
| Vidas vigentes: | 7 |
| Coberturas: | ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $210,000 |
| | MUERTE E INCAPACIDAD - $3,500,000 |
| | ASISTENCIA PRESTACIONAL - $600,000 |
| Franquicia AMF: | $200 |
| Límite de altura: | 8 METROS |

**NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO**

| Documento | Apellido y Nombre |
|---|---|
| DU 40579228 | BARRIONUEVO NICOLAS LEONARDO |
| DU 26255202 | DIBIASI CESAR ALBERTO |
| DU 36223275 | GONZALEZ LEONARDO FRANCISCO |
| DU 34833461 | HERNANDEZ AGUSTIN |
| DU 95491273 | QUINTANA MARIO ANDRES |
| DU 34705165 | SEBA AGUSTINA JAZMIN |
| DU 33208078 | SILVA JUAN HERALDO DAVID |

**Cantidad Total de Asegurados: 7**

Se deja constancia que, a partir del momento que el asegurado cumpla la edad de 76 años, la cobertura de muerte por accidente y las coberturas adicionales quedaran excluidas de la póliza.

**Cláusula de No Repetición**

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra Akapol - CUIT 30504065207 sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

**Endoso de Beneficiario Preferente**

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como beneficiario preferente de la cobertura de muerte a AKAPOL - CUIT/DNI 30504065207. Dicha designación se encuentra condicionada a que el asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él ó sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil. De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador. De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las Condiciones Especiales, Cláusula 2, ítem III. Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

# CONSTANCIA DE COBERTURA

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ámbito Laboral con cobertura Prestacional que forman parte integrante de la referida póliza.

La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 28/09/2022, para ser presentada ante quien corresponda.

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 un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.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.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

MAPFRE

# CONSTANCIA DE COBERTURA

**Constancia Nro.: 4627704**

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

**Póliza N° : 1070185787507** Vigencia desde el 24/02/2022 hasta el 24/02/2023.

| | |
|---|---|
| Tomador: | HERNANDEZ, AGUSTIN |
| CUIT/CUIL/DU: | 20348334612 |
| Plan: | AP ASISTENCIAL - 3.500.000 - IN ITINERE |
| Moneda de la póliza: | PESOS |
| Vidas vigentes: | 7 |
| Coberturas: | ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $210,000 |
| | MUERTE E INCAPACIDAD - $3,500,000 |
| | ASISTENCIA PRESTACIONAL - $600,000 |
| Franquicia AMF: | $200 |
| Límite de altura: | 8 METROS |

**NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO**

| Documento | Apellido y Nombre |
|---|---|
| DU 40579228 | BARRIONUEVO NICOLAS LEONARDO |
| DU 26255202 | DIBIASI CESAR ALBERTO |
| DU 36223275 | GONZALEZ LEONARDO FRANCISCO |
| DU 34833461 | HERNANDEZ AGUSTIN |
| DU 95491273 | QUINTANA MARIO ANDRES |
| DU 34705165 | SEBA AGUSTINA JAZMIN |
| DU 33208078 | SILVA JUAN HERALDO DAVID |

**Cantidad Total de Asegurados: 7**

Se deja constancia que, a partir del momento que el asegurado cumpla la edad de 76 años, la cobertura de muerte por accidente y las coberturas adicionales quedaran excluidas de la póliza.

**Cláusula de No Repetición**

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra Akapol - CUIT 30504065207 sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ámbito Laboral con cobertura Prestacional que forman parte integrante de la referida póliza.

La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 12/09/2022, para ser presentada ante quien corresponda.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

# CONSTANCIA DE COBERTURA

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 un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.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.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

MAPFRE

# CONSTANCIA DE COBERTURA

**Constancia Nro.: 4639915**

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

**Póliza N° : 1070185787507** Vigencia desde el 24/02/2022 hasta el 24/02/2023.

| | |
|---|---|
| Tomador: | HERNANDEZ, AGUSTIN |
| CUIT/CUIL/DU: | 20348334612 |
| Plan: | AP ASISTENCIAL - 3.500.000 - IN ITINERE |
| Moneda de la póliza: | PESOS |
| Vidas vigentes: | 7 |
| Coberturas: | ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $210,000 |
| | MUERTE E INCAPACIDAD - $3,500,000 |
| | ASISTENCIA PRESTACIONAL - $600,000 |
| Franquicia AMF: | $200 |
| Límite de altura: | 8 METROS |

**NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO**

| Documento | Apellido y Nombre |
|---|---|
| DU 40579228 | BARRIONUEVO NICOLAS LEONARDO |
| DU 26255202 | DIBIASI CESAR ALBERTO |
| DU 36223275 | GONZALEZ LEONARDO FRANCISCO |
| DU 34833461 | HERNANDEZ AGUSTIN |
| DU 95491273 | QUINTANA MARIO ANDRES |
| DU 34705165 | SEBA AGUSTINA JAZMIN |
| DU 33208078 | SILVA JUAN HERALDO DAVID |

**Cantidad Total de Asegurados: 7**

Se deja constancia que, a partir del momento que el asegurado cumpla la edad de 76 años, la cobertura de muerte por accidente y las coberturas adicionales quedaran excluidas de la póliza.

**Cláusula de No Repetición**

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra Akapol - CUIT 30504065207 sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

**Endoso de Beneficiario Preferente**

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como beneficiario preferente de la cobertura de muerte a AKAPOL - CUIT/DNI 30504065207. Dicha designación se encuentra condicionada a que el asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él ó sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil. De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador. De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las Condiciones Especiales, Cláusula 2, ítem III. Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

# CONSTANCIA DE COBERTURA

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ámbito Laboral con cobertura Prestacional que forman parte integrante de la referida póliza.

La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 28/09/2022, para ser presentada ante quien corresponda.

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 un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.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.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA