533016014660111213

MENENDEZ MARIANELA
FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D
C1431BZQ CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8800

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	CONTROL	ENDOSO Nº
ACCIDENTES PERSONALES	5330-1601466-01	8	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
EMISION	desde las 12 hs.del 07-02-2023 hasta las 12 hs.del 07-02-2024

ASEGURADO Y/O TOMADOR	MENENDEZ MARIANELA
DOMICILIO	FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D C1431BZQ - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONS.FINAL		27.577.071	07-02-2023

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS

AP - TRADICIONAL
PRODUCTO: PROTECCIÓN AMBITO LABORAL E IN ITINERE
Cantidad de cuotas: 12 cuotas mensuales
Forma de Pago: TELEMARKETING
ENTIDAD DE COBRANZA: VISA S.A.
TIPO DE CUENTA: TARJETA DE CREDITO Nro.DE CUENTA: 4050XXXXXX911839

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido: MENENDEZ MARIANELA
Tipo y Nro.de Documento: DU 27.577.071 Fecha de Nacimiento: 06/06/1979

Actividad principal: Ingeniero con uso de sustancias químicas no riesgosas
¿Realiza tareas de altura?(más de 2,40 metros): No

Tiene otra ocupación aparte de la principal? No

Practica algún deporte? No

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS
HEREDEROS

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

I,1,19,20,26,29,30,836M,A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	9.054,45				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
2.001,03					11.055,50

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 7 de Febrero de 2023

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR PROVEIDO N° 82.443

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar.En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo 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 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

5330160146601112 13

MENENDEZ MARIANELA
FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D
C1431BZQ CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8800

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	CONTROL	ENDOSO Nº
ACCIDENTES PERSONALES	5330-1601466-01	8	0

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
EMISION	desde las 12 hs.del 07-02-2023 hasta las 12 hs.del 07-02-2024

ASEGURADO Y/O TOMADOR	MENENDEZ MARIANELA
DOMICILIO	FRANKLIN D. ROOSEVELT 5621 14?D C1431BZQ - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
CONS.FINAL		27.577.071	07-02-2023

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS

* COBERTURA: MUERTE ACCIDENTAL
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $5.000.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

* COBERTURA: INVALIDEZ TOT/PARC PERMANENTE POR ACCIDENTE
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $5.000.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

* COBERTURA: GASTOS DE ASIST. MEDICO-FARMACEUTICA P/ACC
Fecha Inicio Vigencia : 07-02-2023
Capital Asegurado : $500.000,00
Fecha Fin Vigencia : 07-02-2024

Franquicia: 1,5% de la suma asegurada para esta cobertura con un mínimo de $100

DECLARACION DE SALUD
¿Padece Disminución Visual, Auditiva o Motora?: No
¿Sufre Usted alguna Incapacidad o Limitación de su Capacidad Laboral?: No
¿Concurre actualmente a sus Ocupaciones Habituales?: SI

INFORMACION SOBRE OTROS SEGUROS
¿Tiene otro Seguro de Accidentes Personales, en esta u otra Compañía?: No

Gastos de Producción $297,89 Gastos de Explotación $3.020,56

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

I,1,19,20,26,29,30,836M,A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$	9.054,45				

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
2.001,03					11.055,50

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN: CAPITAL FEDERAL, 7 de Febrero de 2023

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION POR PROVEIDO N° 82.443

Jorge Mignone
Gerente General

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.com.ar.En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo 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 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

ANEXO M

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO

Se deja constancia que, conforme Resolución 429/2000 y modificatorias del Ministerio de Economía, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N 25.065
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

* * * * *

Servicio Adicional de Asistencia Médica
Manual de Asistencia

El Servicio Adicional de Asistencia Médica conforma un beneficio excepcional, ofrecido al Asegurado de pólizas de Accidentes Personales con inicio de vigencia desde el 21/09/2004, al cual podrán acceder también los integrantes de su grupo familiar que más adelante se indican (en adelante en conjunto denominados "los beneficiarios").

La utilización del Servicio Adicional de Asistencia Médica es optativa para los beneficiarios y se prestará única y exclusivamente en las condiciones que se establecen en el documento de incorporación del grupo familiar (en adelante la solicitud de incorporación).

1.Coordinador y Prestadores del Servicio Adicional de Asistencia Médica.

El SAAM es coordinado y prestado por SIFEME S.A.

Prestación del Servicio Adicional de Asistencia Médica.

Será prestado todos los días durante las 24 horas, exclusivamente dentro del territorio de la República Argentina, en la medida que no existan impedimentos geográficos y/o climáticos que lo imposibiliten.

Para tener derecho a la utilización del Servicio Adicional de Asistencia Médica, constituye condición previa que el Asegurado de la póliza de Accidentes Personales a la que se le adicione este beneficio, haya presentado previamente a Caja de Seguros S.A. la solicitud de incorporación.

Cumplida esa condición, para solicitar el servicio deberá llamar al teléfono:

0800-888-4000 (válido para todo el país)

En ocasión de solicitar este servicio deberá indicar alguno de los siguientes datos:
-Número de credencial.
-Apellido y nombres del titular del seguro de Accidentes Personales.
-Tipo y número de documento del titular del seguro de Accidentes Personales.
-Número de póliza de Accidentes Personales.

Ante cualquier duda, los beneficiarios cuentan con el Centro de Atención Telefónica con el cual podrán comunicarse de lunes a viernes de 8 a 20 hs. y los sábados,domingos y feriados de 10 a 18 hs.

2.Beneficiarios del Servicio Adicional de Asistencia Médica

El Servicio Adicional de Asistencia Médica sólo podrá ser válidamente requerido por el Asegurado titular (o en caso de imposibilidad de éste por sus representantes o cualquiera de los beneficiarios) de una póliza de Accidentes Personales con cobertura
vigente al momento en que lo peticione, que incluya este beneficio y que hubiera cumplido con la solicitud de incorporación.

Si por cualquier circunstancia el servicio se prestara por error sin el cumplimiento de dichos recaudos, tal conducta no implicará reconocimiento alguno por parte del Asegurador.

El Asegurado titular podrá solicitar el Servicio Adicional de Asistencia Médica para sí o para cualquiera de los miembros del grupo familiar identificado en la solicitud.

Podrán ser incorporados a la solicitud respectiva:
-Su cónyuge o integrante de unión convivencial;
-Sus hijos solteros menores de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo.
Se consideran hijos también a los fines del Servicio Adicional de Asistencia Médica a los legalmente adoptados y a los hijos de progenitor afín.

Se entenderá por integrante de la unión convivenciala las personas que se encuentren comprendidas en las siguientes situaciones:

a)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales sin vínculo legal pero con hijos reconocidos por ambos.
b)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales sin vínculo legal en tanto y en cuanto el Asegurado hubiese denunciado a la obra social o prepaga, con anterioridad a la contratación del seguro, su situación de convivencia.
c)Persona cuya convivencia con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales conste en información sumaria expedida por la autoridad competente.
d)Persona conviviente con el Asegurado titular de la póliza de Accidentes Personales con vínculo matrimonial contraído en el extranjero y no reconocido por la legislación vigente en la República Argentina, con o sin hijos, que acredite el vínculo contraído con documentación fehaciente.

Los beneficiarios quedarán habilitados para el alta al momento de la contratación del seguro de Accidentes Personales y los que hubieran cumplido con la solicitud de incorporación.

Será responsabilidad exclusiva y excluyente del Asegurado del seguro de Accidentes Personales, mantener actualizada la información relacionada con la nómina de su grupo familiar beneficiario, informando oportunamente las altas (por nacimiento) y/o bajas (por superar la edad límite y/o cambio de estado civil y/o cambio de actividad y/o fallecimiento).

3.En qué consiste el Servicio Adicional de Asistencia Médica.

El Servicio Adicional de Asistencia Médica se presta mediantela asistencia profesional de un médico y de una ambulancia si fuera necesario, en el lugar donde lo requiera el beneficiario, bajo las condiciones indicadas en el presente manual.

3.1.Tipos de prestaciones del Servicio Adicional de Asistencia Médica

Emergencias Médicas: ante situaciones que ponen en riesgo la vida del beneficiario y requieren atención médica inmediata, se enviará una ambulancia UTIM (unidad de terapia intensiva móvil) con un médico.

Urgencias Médicas: en presencia de circunstancias que, sin poner en riesgo la vida del beneficiario en forma inmediata, requieren premura en la atención por su naturaleza y síntomas, se enviará una ambulancia con médico para su atención en esa contingencia.

Consultas Médicas: para el tratamiento de cuadros médicos menores, derivados de dolencias que no revisten complejidad ni requieren inmediata respuesta. Serán atendidas por un médico clínico o pediatra, según se trate de adultos o niños. Esta clase de consultas prevén el pago de un arancel a cargo del beneficiario/ asegurado titular de la póliza de accidentes personales con el beneficio.

3.2.Alcance del Servicio Adicional de Asistencia Médica

El Servicio Adicional de Asistencia Médica se circunscribe en todos los casos a la evaluación del estado de salud del paciente, el diagnóstico presuntivo y la orientación respecto de las conductas a seguir. En caso de ser necesario, el médico interviniente suministrará medicación de urgencia hasta la compensación del cuadro sintomatológico previa a su derivación hospitalaria o sanatorial.

Si de la evaluación médica del beneficiario resultare la necesidad de su internación, se lo derivará a la clínica o sanatorio más cercano que el beneficiario indique. En aquellos casos en los que el beneficiario careciere de una cobertura médica social, será derivado al hospital público más cercano.

3.3.Arancel a cargo del beneficiario/asegurado de la póliza de accidentes personales

Las consultas médicas para el tratamiento de cuadros menores están condicionadas al pago de un arancel a cargo del beneficiario, en un monto fijo y predeterminado de $200.- por atención. El mismo deberá ser abonado al médico concurrente, previo a iniciarse la prestación del servicio y como condición del mismo.

4.Exclusiones generales del Servicio Adicional de Asistencia Médica

Quedan excluidos de este servicio adicional de asistencia los eventos, contingencias y daños que se detallan a continuación:

-Enfermedades o lesiones derivadas de acción criminal del beneficiario, sea en forma directa o indirecta; intento de suicidio y sus consecuencias; enfermedades producidas por ingesta de drogas, narcóticos y/o bebidas alcohólicas o medicinas tomadas sin orden médica.

-Enfermedades o lesiones derivadas de la participación del beneficiario como elemento activo en hechos de guerra, guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lockout.

-Traslados sanitarios.
-Derivaciones para estudios complementarios.
-Accidentes de trabajo incluyendo in itinere.
-Enfermería.
-Atenciones en salud mental.
-Atenciones odontológicas.

El Servicio Adicional de Asistencia Médica podrá ser modificado y/o dejado sin efecto en cualquier momento por Caja de Seguros S.A. sin necesidad de comunicación previa a los beneficiarios. Los servicios precedentemente consignados son los vigentes y acordados con los Prestadores al momento de la emisión.

Anexo Servicio de Telemedicina

Definición del Servicio: El servicio de Telemedicina consiste en consultas a través de una video llamada por whatsapp con un médico clínico ó pediatra las 24hs. del día, los 365 días del año, y consultas programadas con diferentes especialistas.

Las especialidades habilitadas son: Cardiología, Neurología, Traumatolo-gía, Dermatología, Endocrinología, Psicología, Psiquiatría, Neuropsicolo-gía, Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Nutrición y Neumonolo-gía.

Beneficiarios del Servicio: Podrán hacer uso del servicio de Telemedicina, el asegurado de la póliza y los integrantes de su grupo familiar. Se entiende por integrantes del grupo familiar al cónyuge o conviviente e hijos menores de 25 años.

Ámbito de la Cobertura: Se podrá acceder al servicio de Telemedicina las 24 horas, los 365 días del año y desde cualquier lugar del mundo, en la medida que no existan impedimentos de conexión a internet.

Costo del Servicio: El asegurado y los integrantes del grupo familiar cuentan con este servicio en forma totalmente gratuita, en tanto la presente póliza se encuentre vigente y al día en el pago de sus primas.

Forma de Acceso: Para acceder al servicio ingresá a alguna de las siguientes opciones:

. www.lacaja.com.ar y luego cliquea en el apartado "Servicio de Telemedicina", ó

. www.inebasalud.com y luego cliquea en la opción "Consultar Médico Ahora".

Tanto el asegurado como los integrantes de su grupo familiar accederán ingresando siempre con el DNI del asegurado.

Finalización del Servicio: El asegurado y su grupo familiar tendrán acceso al servicio en tanto la presente póliza se encuentre vigente y al día en el pago de sus primas. Si por cualquier circunstancia el servicio se prestara por error sin el cumplimiento de dichos recaudos, tal conducta no implicará el reconocimiento alguno por parte del Asegurador de cober-tura vigente y/ó existencia de seguro. La Caja asimismo se reserva el derecho de dejar sin efecto este servicio en cualquier momento, sin necesidad de notificación previa al asegurado.

INEBA S.A. y el Asegurador quedarán exentos de responsabilidad por el incumplimiento o defectuoso cumplimiento de las obligaciones cuando dicho

incumplimiento o defectuoso cumplimiento obedeciera a hechos de caso fortuito o de fuerza mayor.

El servicio es prestado por INEBA S.A., CUIT 30-70734357-1, domiciliada en Guardia Vieja 4435, C.A.B.A.

Este servicio es el vigente y acordado con el prestador al momento de la emisión de esta póliza y podrá ser modificado por La Caja sin previo aviso, según los términos pactados con el prestador vigentes al momento de la prestación del servicio. El prestador, al recibir la solicitud de un servicio, informará al asegurado los alcances y condiciones del mismo.

Para más información consultá en www.lacaja.com.ar.

Los seguros son emitidos por Caja de Seguros S.A. y se rigen por los términos y condiciones de la póliza contratada. Fitz Roy 957 (C1414CHI) C.A.B.A., Argentina, CUIT 30-66320562-1. N° de Inscripción en SSN: 501. Superintendencia de Seguros de la Nación 4338-4000 ó 0-800-666-8400. www.ssn.gov.ar

01 de abril de 2023

Señores: AKAPOL S.A. Cuit: 30-504065207-7

Asegurado: Marianela Menendez **DNI:** 27577071

Referencia: Póliza Accidentes Personales N°: 5330-1601466-01

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. en respuesta a su consulta relativa al alcance de la póliza de referencia, con el objeto de hacerle saber que esta aseguradora conoce que, de acuerdo con lo expresado en el artículo 80 de la Ley 17.418, no puede valerse de la subrogación prevista en el mismo, debido a que ese instituto jurídico no resulta aplicable a los Seguros de Personas.

La compañía CAJA DE SEGUROS S.A. ***renuncia*** en forma expresa a realizar cualquier acción de repetición y/o subrogación contra:

AKAPOL S.A. Cuit: 30-504065207-7

Sin otro particular, saludamos a Ud. atentamente.

Jorgelina Maroño
Jefe de Atención al Cliente

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

BUENOS AIRES, 27 DE ABRIL DE 2023

SE EXTIENDE EL PRESENTE CERTIFICADO PARA SER PRESENTADO ANTE QUIEN CORRESPONDA:

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 373876

POLIZA NRO.: 232100491451

VIGENCIA DESDE: 27/04/2023 **HASTA:** 31/12/2023

CONTRATANTE:

NOMBRE: MENENDEZ, MARIANELA

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: DNI 27577071

DIRECCION: FRANKLIN D ROOSEVELT 5621 14 D (1431) CAPITAL FEDERAL

MONEDA DEL CONTRATO: PESOS

COBERTURAS:

MUERTE POR ACCIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL

GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA POR ACCIDENTE

AMBITO DE LA COBERTURA: 24 HORAS

Asegurado	Tipo/Nro.Doc.	F.Nacimiento	Fecha Alta	Suma M.	Suma I.	Suma Amd.	Actividad.	Beneficiario
GISELA NOELIA DIAZ	DNI 28769866	10/05/1981	27/04/2023	8000000	8000000	800000	INGENIERO INDUSTRIAL SIN MANO D	HEREDEROS LEGAI
LEONARDO RUBEN SCHMERKIN	DNI 27056714	15/01/1979	27/04/2023	8000000	8000000	800000	INGENIERO INDUSTRIAL SIN MANO D	HEREDEROS LEGAI
MARIANELA MENENDEZ	DNI 27577071	06/06/1979	27/04/2023	8000000	8000000	800000	INGENIERO INDUSTRIAL SIN MANO D	HEREDEROS LEGAI
SABRINA MENENDEZ	DNI 20081845	13/01/1983	27/04/2023	8000000	8000000	800000	INGENIERO INDUSTRIAL SIN MANO D	HEREDEROS LEGAI

Se deja constancia que la presente póliza otorga su cobertura en el territorio de la República de Argentina y se extiende el tránsito y/o permanencia de/los asegurado/s en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas en la República Argentina

SE DEJA CONSTANCIA QUE ALLIANZ ARGENTINA COMPANIA DE SEGUROS S.A. RENUNCIA A SU DERECHO DE REPETICION CONTRA LAS FIRMAS DETALLADAS A CONTINUACION, Nombre Compania: AKAPOL SA30-50406520-7
Schneider Electric Argentina S.A.30-59219954-4
Schneider Electric Systems Argentina S.A.30-71088274-2
,SUS SUBSIDIARIAS, SUS CONTROLADAS, SUS DIRECTIVOS Y DEMAS PERSONAL DE LAS MISMAS ANTE LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO, AMPARADO POR LA PRESENTE POLIZA. ASIMISMO QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA RENUNCIA AL DERECHO DE REPETICION POR PARTE DEL ASEGURADOR, QUEDA NULO Y SIN EFECTO ALGUNO EN CASO QUE EL ACAECIMIENTO DEL SINIESTRO FUERA CONSECUENCIA DEL DOLO, CULPA GRAVE ASIMILABLE A DOLO, O INOBSERVANCIA DE O FALTA DE ADOPCION DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y/O PREVENCION NECESARIAS POR PARTE DE LAS FIRMAS DETALLADAS.

ALLIANZ ARGENTINA COMPANIA DE SEGUROS S.A. certifica por el presente documento que el asegurado/a se encuentra comprendido, en la póliza arriba indicada , en un todo de conformidad con las condiciones Generales y Particulares, exclusiones y cláusulas de la póliza referida , cuyo original obra en poder del tomador a disposición de los asegurados.

Amilcar Racigh

Director Técnico

Allianz Arg. Cía. de Seguros S.A.

El presente certificado se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.9 del reglamento general de la actividad aseguradora.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A: Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 (líneas rotativas) , en el horario de 10:30 a 17:30 . Podrá consultarse via Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar