Certificado de Cobertura de Accidentes Personales Colectivo

TOMADOR / CONTRATANTE

Nombre: SWISS MEDICAL SA
Domicilio: SAN MARTIN 323 - 1004 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AI - CAPITAL FEDERAL

Número de Documento/CUIT: 30654855168
Vigencia Desde: 18/05/2023
Vigencia Hasta: 12/02/2024

DATOS DE LA COBERTURA

Certificamos que el número de póliza es: 10665
Moneda de contrato: PESOS

Riesgos:	Capital Asegurado Máximo
MUERTE POR ACCIDENTE	$ 4.000.000
INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE	$ 4.000.000
REINTEGRO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	$ 400.000
FRANQUICIA DE GASTOS MEDICOS POR PERSONA Y POR EVENTO	$ 100

Edades de Ingreso y Egreso a la Póliza

Edad mínima de Ingreso: 14
Edad máxima de ingreso hasta cumplir los: 67
Edad máxima de permanencia al cumplir los: 70
Edad de terminación de las coberturas adicionales, al cumplir los: 67

Ámbito de Cobertura

La presente póliza rige exclusivamente en caso que la persona designada en la misma como asegurado sufriera un accidente durante el desempeño de su actividad laboral al servicio del Tomador de la misma. Adicionalmente cuando se encuentre en viaje en vehículos particulares y/o cualquier otro medio habitual de transporte público de personas autorizado, desde y hacia su lugar de trabajo (COBERTURA "IN ITINERE"). Se entiende por evento al acontecimiento accidental que sea la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos por esta póliza. Se deja expresa constancia que en caso que un único evento afecte a varios asegurados, esta Aseguradora limitará su responsabilidad a los topes máximos que a continuación se detallan: CANTIDAD DE VIDAS: 10 IMPORTE MAXIMO: $12.000.000,00 Se instituye como beneficiario del seguro en primer término al Contratante , según lo especificado en el Anexo N°32. Complementariamente a lo establecido en el Anexo 32- CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS-, se incluye la siguiente Clausula: CESIÓN DE DERECHOS A TERCEROS Queda entendido y convenido, que las EMPRESAS COASEGURADAS , serán el único beneficiario de la presente póliza cuando el asegurado se haya accidentado en el ámbito laboral, ejecutando funciones de servicios contratados por las empresas coaseguradas y cumpliendo tareas inherentes a la contratación, y/o en circunstancias que le ocasionaran responsabilidad a dichas empresas, hasta el monto que resulte de cualquier responsabilidad civil o legal que tuvieran que asumir con motivo de la ocurrencia de accidentes cubiertos por la póliza. CLAUSULA DE NO REPETICION: Esta Aseguradora renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra las EMPRESAS COASEGURADAS, sus funcionarios o dependientes con motivo de las prestaciones dinerarias que deba a abonar como consecuencia de las obligaciones que surgen de la presente póliza. EMPRESAS COASEGURADAS: : AKAPOL SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 30-50406520-7 Planta Zelaya (Av. Domingo Nazarre N° 3403 - 1627 - Zelaya, Pdo. de Pilar).

Certificado de Cobertura de Accidentes Personales Colectivo

PUNTO 1 Contrariamente a lo establecido en la cláusula 2 de las condiciones generales (riesgos cubiertos), la presente póliza rige exclusivamente en caso que la persona designada en la misma como asegurado sufriera un accidente durante su actividad laboral al servicio del Tomador de esta póliza. También durante el viaje en vehículos particulares y/o cualquier otro medio habitual de transporte público autorizado de personas, desde y hacia su lugar de trabajo (COBERTURA "IN ITINERE"). Se deja constancia que bajo la presente póliza se brindará cobertura siempre que se cumplan las medidas de seguridad exigidas por la ley 19.587 de Higiene y seguridad en el trabajo para el tipo de actividad realizada por los asegurados y conforme las normativas vigentes que rigen la actividad del Contratante y/o el Asegurado. La falta de cumplimiento será considerada negligencia por parte del Contratante o de los asegurados, dejando nula la cobertura provista por esta póliza. Se deja constancia que bajo la presente póliza se brindará cobertura siempre que se cumplan las medidas de seguridad exigidas por la ley 19.587 de Higiene y seguridad en el trabajo para el tipo de actividad realizada por los asegurados y conforme las normativas vigentes que rigen la actividad del Contratante y/o el Asegurado. La falta de cumplimiento será considerada negligencia por parte del Contratante o de los asegurados, dejando nula la cobertura provista por esta póliza.

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Parentesco	Proporción	Tipo y N° de documento/CUIT
CONTRATANTE O A SU ORDEN	TITULAR	100.00	DNI 1

PERSONAS ASEGURADAS

NOMBRE	DOCUMENTO	ACTIVIDAD	SUMA ASEGURADA	VIG DESDE
ABDELHADI MARIA JULIA	27007538	MEDICO	4000000	18/05/2023

Advertencia:

- Esta Cobertura no reemplaza las obligaciones emanadas de la ley 24557 y sus reglamentaciones.

Será reemplazado por la póliza/endoso respectivo a cuyas clausulas el presente queda sujeto.

El siguiente certificado se emite bajo las condiciones establecidas en la poliza objeto de cobertura y con plena vigencia de las clausulas impresas en la misma (Clausula de cobranza de premio y otras).

El presente certificado se extiende, para ser presentado ante quien corresponda a los 18 dias del mes de Mayo de 2023, el cual tiene una validez de 30 días a partir de la emisión del mismo o fin de la fecha indicada como Vigencia Hasta, lo que ocurra primero.La cobertura del presente, queda supeditada al pago de la prima del contrato, correspondiente al periodo indicado.



Gustavo Nardini

Director de Operaciones y Sistemas