28 de agosto de 2023

***A quien corresponda:***

***Presente:***

***RE: Constancia de Cobertura***

Por medio de la presente hacemos saber que, conforme lo solicitado por el tomador MILESI TORRES IGNACIO y CUIT: DNI-30278063, en póliza ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL y Nro. 15004069 , con vigencia desde 26/06/2017, las personas mencionadas en la siguiente constancia al 28/08/2023 se encuentran aseguradas por las siguientes coberturas, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos.

**Categoría:** REFACTURACION AUTOMATICA

| COBERTURA | SUMA ASEGURADA |
|---|---|
| MUERTE ACCIDENTAL (2) | 5.000.000,00 |
| GASTOS MEDICOS | 300.000,00 |
| ITP C | 5.000.000,00 |

| NOMBRE Y APELLIDO | DNI | FECHA DE ALTA(*) |
|---|---|---|
| MILESI TORRES IGNACIO | 30278063 | 26/06/2017 |

Por la presente CNP Assurances Compañía de Seguros de Vida S.A (¨CNP¨), renuncia en forma expresa a reclamar acción de repetición o de regreso contra las Empresas:

| Razón Social | CUIT |
|---|---|
| ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES | 30 - 52982680-6 |

(el personal que concurra al sitio deberá llevar consigo el DNI que deberá presentar), sus funcionarios, empleados u obreros, con motivo de las prestaciones en dinerarias que se vea obligado a abonar.

Sin otro particular, saluda a usted muy atentamente.

Rosana Techima
Directora General

(*) Para el caso que la "Fecha de alta" indicada no exceda los treinta (30) días de emitida la presente, se deja constancia el caracter provisorio de la presente dado que la cobertura se encuentra sujeta a la suscripción por parte de la Aseguradora y su efectiva incorporación a la póliza colectiva.