INTĒGRITY SEGUROS

# Constancia de Cobertura

INTĒGRITY AP

| FECHA DE EMISIÓN: | 18/10/2023 |
|---|---|

| RAZON SOCIAL DEL TOMADOR: | C.U.I.T / Doc. N°: |
|---|---|
| GARNIER, MARIO RICARDO | 20206974673 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Domicilio:** | BARRIO EL TURF MZ A 6 0 | **Póliza N°:** | 000000638474 |
| **Cod. Postal:** | | **Certificado N°:** | 4802719 |
| **Localidad:** | CONCEPCION DEL URUGUAY | **Fecha Inicio de Vigencia:** | 16/05/2023 |
| **Provincia:** | ENTRE RIOS | **Fecha Fin de Vigencia:** | 16/11/2023 |

| NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL ASEGURADO: | FECHA NACIMIENTO: | FECHA ALTA: |
|---|---|---|
| GARNIER, MARIO RICARDO | 09/11/1969 | 16/05/2023 |

| TIPO DE DOCUMENTO: | DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD | N° DE DOCUMENTO: | 20697467 |
|---|---|---|---|

**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 | $ 5.000.000 | $ 0 |
| INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL/PARCIAL POR ACCIDENTE | $ 5.000.000 | $ 0 |
| REEMBOLSOS DE GS MÉDICOS FARMACÉUTICOS POR ACCIDENTE | $ 500.000 | $ 1.000 |

| PRODUCTO | BENEFICIARIO PARA EL CASO DE MUERTE |
|---|---|
| AP - JORNADA LABORAL E IN ITINERE | |

**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

# Constancia de Cobertura

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 R P B SA CUIT N° 30663137375. 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 R P B SA CUIT N° 30663137375 , 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

**Buenos Aires, 18 de octubre de 2023**

**GARNIER, MARIO RICARDO**
**BARRIO EL TURF MZ A 6 0 -**
**CONCEPCION DEL URUGUAY**
**ENTRE RIOS**
**PRESENTE**

Certificamos por el presente que la **POLIZA Nº 638474 de la sección Accidentes Pers** de la cual Ud. es el titular y que posee una **VIGENCIA desde el 16/5/2023 al 16/11/2023**
Presenta los siguientes pagos:

Cuota N° 1 con vencimiento 16/5/2023 por $2.133,47.- Cancelada 5/6/2023.

Cuota N° 2 con vencimiento 16/6/2023 por $2.133,47.- Cancelada 5/7/2023.

Cuota N° 3 con vencimiento 16/7/2023 por $2.133,47.- Cancelada 3/8/2023.

Cuota N° 4 con vencimiento 16/8/2023 por $2.133,47.- Cancelada 5/9/2023.

Cuota N° 5 con vencimiento 16/9/2023 por $2.133,48.- Cancelada 5/10/2023.

Encontrándose con cobertura financiera de acuerdo a las pautas estipuladas por la empresa.
Siendo su forma de pago TARJETA VISA.

Sin otro particular saludo a Ud. Muy atte.

Nicolas Galmarini