Certificado de Cobertura de Accidentes Personales Colectivo

TOMADOR / CONTRATANTE

Nombre: SWISS MEDICAL SA

Número de Documento/CUIT: 30654855168

Domicilio: AV. DEL LIBERTADOR 498 PISO 8 - 1001 - CAPITAL FEDERAL - CAPITAL FEDERAL

Vigencia Desde: 03/11/2023

Vigencia Hasta: 30/08/2024

DATOS DE LA COBERTURA

Certificamos que el número de póliza es: 10665

Moneda de contrato: PESOS

Riesgos:	Capital Asegurado Máximo
MUERTE POR ACCIDENTE	$ 8.000.000
REINTEGRO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	$ 150.000
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: 65

Edad máxima de permanencia al cumplir los: 74

Edad de terminación de las coberturas adicionales, al cumplir los: 65

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: 1 IMPORTE MAXIMO: $8.000.000,00 Se instituye como beneficiario del seguro en primer término al Contratante ,según lo especificado en el Anexo N°32. CESIÓN DE DERECHOS A TERCEROS Queda entendido y convenido, de acuerdo con lo expresamente solicitado por el asegurado y tomador, y consecuentemente establecido en la presente póliza, que la/s Empresa/s detalladas en las condiciones particulares, a las que se presta servicio (en adelante EMPRESAS COASEGURADAS), serán el único beneficiario de la presente póliza en la medida de su responsabilidad respecto del asegurado, en tanto éste se haya accidentado en el ámbito laboral, ejecutando funciones de servicios contratados por dicha/s Empresa/s y cumpliendo tareas inherentes a la pertinente contratación, y/o en circunstancias que le ocasionaran responsabilidad a la misma, hasta el monto que resulte de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de la ocurrencia de accidentes cubiertos por la póliza. Previa citación al Contratante para que en el término de tres días haga valer su derecho al cobro conforme con el párrafo anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los beneficiarios designados por el/los asegurado/s o en su defecto, a sus herederos legales . De acuerdo con lo establecido en el Art. 80 de la ley de Seguros N° 17.418, y por tratarse esta póliza de un seguro de personas, no será de aplicación el derecho de iniciar acción de repetición o de regreso contra las EMPRESAS COASEGURADAS, funcionarios o dependientes de la misma, en cualquier forma jurídica, con motivo de las prestaciones dinerarias en las que se vea eventualmente obligada a pagar

Certificado de Cobertura de Accidentes Personales Colectivo

para indemnizar a las personas en la presente póliza. EMPRESAS COASEGURADAS A LAS QUE SE PRESTA SERVICIO: R.IANNUZZI - G. COLOMBO ARQUITECTOS S.A. cuit: 30-71205561-4, RAGHSA S.A. cuit: 30-620880060-0, Fideicomiso de Administración Centro Empresarial Libertador cuit: 30-71672011-6, ASSETCO S.A. cuit: 30-70774551-3, LENOVO ARGENTINA SRL CUIT 30-71473138-2, LENOVO ARGENTINA SRL CUIT 30-71473138-2, MOTOROLA MOBILITY OF ARGENTINA: CUIT: 30-71124798-6 ACCENTURE SERVICE CENTER SRL CUIT: 30-71087192-9 ACCENTURE SRL CUIT: 33-61000618-9 Akapol CUIT:30-50406520-7
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
MARIA LUISA SOTO	10373833	MEDICO	8000000	02/11/2023

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).



Gustavo Nardini
Director de Operaciones y Sistemas

El presente certificado se extiende, para ser presentado ante quien corresponda a los 03 dias del mes de noviembre 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.