CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

BUENOS AIRES, 02 DE ENERO DE 2024

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 395349

POLIZA NRO.: 242100521841

VIGENCIA DESDE: 03/01/2024 **HASTA:** 03/01/2025

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: AMBITO LABORAL

Asegurado	Tipo/Nro.Doc.	F.Nacimiento	Fecha Alta	Suma M.	Suma I.	Suma Amd.	Actividad.	Beneficiario
MARTINEZ SABRINA GISELLE	DNI 30081845	13/01/1983	03/01/2024	8000000	8000000	800000	INGENIERO INDUSTRIAL SIN MANO D	HEREDEROS LEGAL

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.
SE DEJA CONSTANCIA QUE CONTRARIAMENTE A LO INDICADO EN EL FRENTE DE LA PRESENTE POLIZA, LA VIGENCIA COMENZARA A LAS 0 (CERO) HORAS DEL DIA ESTIPULADO COMO INICIO DE LA MISMA Y FINALIZARA A LAS 0 (CERO) HORAS DEL DIA ACORDADO COMO FINALIZACION DE VIGENCIA.

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.

Se deja constancia que contrariamente a lo indicado en el frente de la presente poliza, la vigencia comenzara a las 0 (cero) horas del dia estipulado como inicio de la misma y finalizara a las 0 (cero) horas del dia acordado como finalizacion de vigencia.

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

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

BUENOS AIRES, 31 DE ENERO DE 2024

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 395349

POLIZA NRO.: 242100521841

VIGENCIA DESDE: 03/01/24 **HASTA:** 03/01/25

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: AMBITO LABORAL

Asegurado	Tipo/Nro.Doc.	F.Nacimiento	Fecha Alta	Suma M.	Suma I.	Suma Amd.	Actividad.	Beneficiario
MARTINEZ SABRINA GISELLE	D 30081845	13/01/83	03/01/24	8000000	8000000	800000	INGENIERO INDUSTRIAL SIN MANO D	HEREDEROS LEGAL

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.
SE DEJA CONSTANCIA QUE CONTRARIAMENTE A LO INDICADO EN EL FRENTE DE LA PRESENTE POLIZA, LA VIGENCIA COMENZARA A LAS 0 (CERO) HORAS DEL DIA ESTIPULADO COMO INICIO DE LA MISMA Y FINALIZARA A LAS 0 (CERO) HORAS DEL DIA ACORDADO COMO FINALIZACION DE VIGENCIA.

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.

Se deja constancia que contrariamente a lo indicado en el frente de la presente poliza, la vigencia comenzara a las 0 (cero) horas del dia estipulado como inicio de la misma y finalizara a las 0 (cero) horas del dia acordado como finalizacion de vigencia.

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