MAPFRE

# CONSTANCIA DE COBERTURA

**Constancia Nro.: 4964183**

Por medio del presente, se deja constancia que el Tomador, mencionado en el detalle, ha suscripto con MAPFRE ARGENTINA Seguros de Vida S.A. la póliza abajo indicada. A continuación se detalla la nómina del personal cubierto y tipo de cobertura suscripta al día de la fecha.

**Póliza N° : 1160205808007** Vigencia desde el 04/11/2023 hasta el 04/11/2024.

| | |
|---|---|
| Tomador: | GOMEZ, ENZO |
| CUIT/CUIL/DU: | 20321947531 |
| Plan: | AMBITO LABORAL - 10.000.000 - IN ITINERE |
| Moneda de la póliza: | PESOS |
| Vidas vigentes: | 1 |
| Coberturas: | ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $2,000,000 |
| | MUERTE E INCAPACIDAD - $10,000,000 |
| Franquicia AMF: | $1000 |
| Límite de altura: | 8 METROS |

**NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO**

| Documento | Apellido y Nombre |
|---|---|
| CL 20321947531 | GOMEZ ENZO |

**Cantidad Total de Asegurados: 1**

Se deja constancia que, las coberturas caducarán a partir del momento en que el asegurado cumpla la edad de 75 años.

**Cláusula de No Repetición**

MAPFRE Argentina Compañía de Seguros de Vida S.A., renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra rpb s.a. - CUIT 30663137375 sus funcionarios, empleados u obreros con motivo de las prestaciones dinerarias que se vea obligada a abonar a las personas cubiertas en esta póliza por accidentes sufridos por el hecho o en ocasión del trabajo.

**Endoso de Beneficiario Preferente**

Conforme lo solicitado por el Tomador del seguro, se incorpora como beneficiario preferente de la cobertura de muerte a R.P.B. S.A - CUIT/DNI 30663137375. Dicha designación se encuentra condicionada a que el asegurado sobre el cual recae el riesgo se encuentre prestando servicio para dicha empresa al momento de producirse el hecho y hasta la suma por la que esta última deba responder ante él ó sus derechohabientes para hacer frente a su responsabilidad civil. De darse este supuesto, el beneficiario en segundo término será el Tomador. De no darse este supuesto, el beneficiario en primer término será el Tomador con los alcances establecidos en las Condiciones Especiales, Cláusula 2, ítem III. Si existiera remanente ante la suma asegurada y el valor de la responsabilidad determinada, el mismo será a favor de los Herederos Legales.

El/Los asegurado/s informado/s se halla/n cubierto/s sujeto a las disposiciones establecidas por las Condiciones Generales, Especiales y Particulares del Seguro de Accidentes Personales Ambito Laboral que forman parte integrante de la referida póliza.
La presente constancia, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires el día 06/02/2024, para ser presentada ante quien corresponda.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.
El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.mapfre.com.ar. En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.



**Jorge Cruz Aguado**
**Gerente General**
**MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.**

EN VIRTUD DE CONTENER ESTE CERTIFICADO, FIRMA FACSIMILAR, LA COMPAÑÍA RENUNCIA A OPONER DEFENSA RELACIONADA CON LA FALSEDAD O INEXISTENCIA DE LA FIRMA

MAPFRE | ARGENTINA

*Buenos Aires, 06 de febrero de 2024*

*CERTIFICAMOS que la póliza de seguro de* ***AMBITO LABORAL*** *Nº* ***116-02058080-07*** *, con una vigencia desde el* ***04/11/2023*** *al* ***04/11/2024*** *emitida a favor de* ***ENZO, GOMEZ CL 20321947531*** *, se encuentra con sus pagos al día, por lo que dicha cobertura no registra deuda exigible.*

*Asimismo se deja constancia que ante un requerimiento oficial sobre el estado de póliza se debe comunicar a nuestro Servicio de Atención al Cliente al 0800-999-7424 de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 h.s*

*Se extiendo el presente a pedido del asegurado y al solo efecto de ser presentado ante quien corresponda, en la provincia de Buenos Aires a los 6 días del mes de febrero de 2024.*

***CLAUDIA REARTE VALENZUELA***
***GERENTE***
***Dirección Financiera y Medios***
***MAPFRE ARGENTINA***

**Art. 3º del Decreto 437/2011 " La posesión del comprobante de seguro obligatorio (tarjeta de seguro entregada por el prestador) diseñado por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, será prueba suficiente de la vigencia del seguro obligatorio de automotores exigido por el artículo 68 de la Ley N° 24.449 sólo por el período indicado en su texto, el cual será anual, salvo las excepciones reglamentariamente previstas.**
**La autoridad de comprobación y/o aplicación deberá verificar que los conductores posean dicho comprobante de seguro obligatorio y que dicho seguro se encuentra vigente en oportunidad de realizarse la constatación, acreditándose dicha vigencia, corroborando el período de cobertura que obra en el texto del comprobante.**
**La falta de portación del recibo de pago de la prima del seguro obligatorio por parte del conductor del vehículo, no podrá ser aducida por la autoridad de comprobación y/o aplicación para determinar el incumplimiento de los requisitos para la circulación. Ello sin perjuicio del efectivo cumplimiento de las obligaciones de pago que los asegurados deban ejecutar para no incurrir en suspensión de cobertura de conformidad con las condiciones aprobadas por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION."**