CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

BUENOS AIRES, 11 DE MARZO DE 2024

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 401036

POLIZA NRO.: 242100528012

VIGENCIA DESDE: 05/03/2024 **HASTA:** 05/03/2025

CONTRATANTE:

NOMBRE: COSEANI, MARTIN ALBERTO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CUIT 20334895840

DIRECCION: CHACO 563 (5220) JESUS MARIA CORDOBA

MONEDA DEL CONTRATO: PESOS

COBERTURAS:

MUERTE POR ACCIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL

GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA POR ACCIDENTE

AMBITO DE LA COBERTURA: 24 HORAS

Asegurado	Tipo/Nro.Doc.	F.Nacimiento	Fecha Alta	Suma M.	Suma I.	Suma Amd.	Actividad.	Beneficiario
FREDY OSVALDO ALANIZ	DNI 12722090	27/11/1958	05/03/2024	8000000	8000000	800000	CHOFER DE CAMION	EL CONTRATANTE

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, 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. T30540372892 - PAPEL MISIONERO S.A.I.F.C/ T30663137375 - RPB S.A/----

SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS FIRMAS DETALLADAS A CONTINUACION SERAN LAS BENEFICIARIAS DE LA PRESENTE POLIZA EN LA MEDIDA DE SU REPONSABILIDAD RESPECTO DE LOS ASEGURADOS, EN TANTO SE HAYAN ACCIDENTADO MIENTRAS LOS MISMOS SE ENCUENTREN EJECUTANDO LOCACION DE SERVICIO CONTRATADO POR CADA UNA DE LAS FIRMAS, CUMPLIENDO TAREAS INHERENTES A LA PERTINENTE CONTRATACION Y/O CIRCUNSTANCIAS QUE LE GENEREN RESPONSABILIDAD A LA MISMA. SI LA MENCIONADA CONDICION NO SE CUMPLIERA SERA BENEFICIARIO EL CONTRATANTE DE POLIZA T30663137375 - RPB S.A/

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.

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, 11 DE MARZO DE 2024

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 401036

POLIZA NRO.: 242100528012

VIGENCIA DESDE: 05/03/2024 **HASTA:** 05/03/2025

CONTRATANTE:

NOMBRE: COSEANI, MARTIN ALBERTO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CUIT 20334895840

DIRECCION: CHACO 563 (5220) JESUS MARIA CORDOBA

MONEDA DEL CONTRATO: PESOS

COBERTURAS:

MUERTE POR ACCIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL

GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA POR ACCIDENTE

AMBITO DE LA COBERTURA: 24 HORAS

Asegurado	Tipo/Nro.Doc.	F.Nacimiento	Fecha Alta	Suma M.	Suma I.	Suma Amd.	Actividad.	Beneficiario
FREDY OSVALDO ALANIZ	DNI 12722090	27/11/1958	05/03/2024	8000000	8000000	800000	CHOFER DE CAMION	EL CONTRATANTE

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, 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. T30540372892 - PAPEL MISIONERO S.A.I.F.C/ T30663137375 - RPB S.A/----

SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS FIRMAS DETALLADAS A CONTINUACION SERAN LAS BENEFICIARIAS DE LA PRESENTE POLIZA EN LA MEDIDA DE SU REPONSABILIDAD RESPECTO DE LOS ASEGURADOS, EN TANTO SE HAYAN ACCIDENTADO MIENTRAS LOS MISMOS SE ENCUENTREN EJECUTANDO LOCACION DE SERVICIO CONTRATADO POR CADA UNA DE LAS FIRMAS, CUMPLIENDO TAREAS INHERENTES A LA PERTINENTE CONTRATACION Y/O CIRCUNSTANCIAS QUE LE GENEREN RESPONSABILIDAD A LA MISMA. SI LA MENCIONADA CONDICION NO SE CUMPLIERA SERA BENEFICIARIO EL CONTRATANTE DE POLIZA T30663137375 - RPB S.A/

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.

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, 11 DE MARZO DE 2024

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 401036

POLIZA NRO.: 242100528012

VIGENCIA DESDE: 05/03/2024 **HASTA:** 05/03/2025

CONTRATANTE:

NOMBRE: COSEANI, MARTIN ALBERTO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CUIT 20334895840

DIRECCION: CHACO 563 (5220) JESUS MARIA CORDOBA

MONEDA DEL CONTRATO: PESOS

COBERTURAS:

MUERTE POR ACCIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL

GASTOS DE ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA POR ACCIDENTE

AMBITO DE LA COBERTURA: 24 HORAS

Asegurado	Tipo/Nro.Doc.	F.Nacimiento	Fecha Alta	Suma M.	Suma I.	Suma Amd.	Actividad.	Beneficiario
FREDY OSVALDO ALANIZ	DNI 12722090	27/11/1958	05/03/2024	8000000	8000000	800000	CHOFER DE CAMION	EL CONTRATANTE

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, 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. T30540372892 - PAPEL MISIONERO S.A.I.F.C/ T30663137375 - RPB S.A/----

SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS FIRMAS DETALLADAS A CONTINUACION SERAN LAS BENEFICIARIAS DE LA PRESENTE POLIZA EN LA MEDIDA DE SU REPONSABILIDAD RESPECTO DE LOS ASEGURADOS, EN TANTO SE HAYAN ACCIDENTADO MIENTRAS LOS MISMOS SE ENCUENTREN EJECUTANDO LOCACION DE SERVICIO CONTRATADO POR CADA UNA DE LAS FIRMAS, CUMPLIENDO TAREAS INHERENTES A LA PERTINENTE CONTRATACION Y/O CIRCUNSTANCIAS QUE LE GENEREN RESPONSABILIDAD A LA MISMA. SI LA MENCIONADA CONDICION NO SE CUMPLIERA SERA BENEFICIARIO EL CONTRATANTE DE POLIZA T30663137375 - RPB S.A/

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.

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