# CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

**BUENOS AIRES, 27 DE NOVIEMBRE DE 2024**

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

**CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.:** 399904

**POLIZA NRO.:** 242100526428

**VIGENCIA DESDE:** 19/02/2024 **HASTA:** 19/02/2025

**CONTRATANTE:**

**NOMBRE:** KOTIK, ALEJANDRO

**TIPO Y N° DE DOCUMENTO:** DNI 17999536

**DIRECCION:** VIRREY ANTONIO OLAGUER Y FELIU 1690 PB (1636) OLIVOS BUENOS AIF

**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 + INITINERE

| Asegurado | Tipo/Nro.Doc. | F.Nacimiento | Fecha Alta | Suma M. | Suma I. | Suma Amd. | Actividad. | Beneficiario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| KOTIK ALEJANDRO MARTÍN | DNI 17999536 | 02/08/1966 | 19/02/2024 | 12000000 | 12000000 | 1200000 | HERRERIA EN GENERAL | 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. T30529826806 - ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES/ T30536216584 - FUNDACION UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA/

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