CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

BUENOS AIRES, 15 de enero de 2025

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 429008

POLIZA NRO.: 252100568944

VIGENCIA DESDE: 13/01/2025 **HASTA:** 06/02/2025

CONTRATANTE:

NOMBRE: CATALA, MARTIN HERNAN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CUIT 23302560579

DIRECCION: MANUEL BELZU 1950 (1636) OLIVOS BUENOS AIRES

MONEDA DEL CONTRATO: PESOS

COBERTURAS:

MUERTE POR ACCIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL POR ACCIDENTE

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
ARIEL RULFI	DNI 41824806	10/04/1999	13/01/2025	12000000	12000000	1000000	ALBA?IL,H/12 MTS DE ALTURA	EL CONTRATANTE
Ignacio Feijoo Gaggino	DNI 41723269	27/05/1999	16/01/2025	12000000	12000000	1000000	ALBA?IL,H/12 MTS DE ALTURA	EL CONTRATANTE
MARTIN HERNAN CATALA	DNI 30256057	07/05/1983	13/01/2025	12000000	12000000	1000000	SUPERVISOR DE OBRA, CON PERMANENCIA	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 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. RENUNCIA A SU DERECHO DE REPETICION CONTRA LAS FIRMAS DETALLADAS A CONTINUACION, Nombre Compania: Asociación Civil Educativa Escocesa San Andrés (CUIT: 30-52982680-6 ,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.

ALLIANZ ARGENTINA COMPAÑIA 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