CONSTANCIA DE COBERTURA

Constancia Nro.: 5228605

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° : 1000216134204 Vigencia desde el 22/10/2024 hasta el 22/10/2025.

Tomador:	HDIM DESARROLLO HUMANO INTEGRAL S.A.
CUIT/CUIL/DU:	30716961059
Plan:	AMBITO LABORAL - 30.000.000 - IN ITINERE
Moneda de la póliza:	PESOS
Vidas vigentes:	4
Coberturas:	ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA - $4,000,000
	MUERTE E INCAPACIDAD - $30,000,000
Franquicia AMF:	$2000
Límite de altura:	8 METROS

NÓMINA DEL PERSONAL CUBIERTO

Documento	Apellido y Nombre
DU 27125462	MARTINEZ JUAN PABLO
DU 22591175	MARTINEZ MARCELO HORACIO
DU 26703676	MIGUENS GUSTAVO RAUL
DU 24788240	MORANDI HERNAN

Cantidad Total de Asegurados: 4

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 AKAPOL SA - CUIT 30504065207 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.

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 03/02/2025, 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.

Santander

Comprobante de Pago

Empresa	**AFIP - PAGO DE IMPUESTOS AFIP (VEP)**
Identificador	**20247882406247882 40**
Importe	**$35.458,00**
Medio de Pago	**CTA $ 733-356283/7**
Nro. VEP	**001399335478**
CUIT/CUIL	**20-24788240-6**
Período	**01/25**
Anticipo/Cuota	**000**
Nro de Comprobante	**20369954**
Nro de Control	**5993**
Datos de la operación	
Fecha	**21/01/2025**
Hora	**20:29:59**

Pago realizado a través de PagoMisCuentas.com

CONSERVÁ ESTE TICKET COMO COMPROBANTE S.E.U.O.

Podés consultar e imprimir este comprobante desde Online Banking personas, ingresando en el módulo Pagos y Transferencias.