CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

BUENOS AIRES, 1 DE JUNIO DE 2026

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 262100633601
POLIZA NRO.: 262100633601
VIGENCIA DESDE: 03/05/2026 **HASTA:** 03/05/2027

CONTRATANTE:

NOMBRE: PAEZ, WALTER DAVID

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CUIT 20140269507

DIRECCION: CAPITAN SARMIENTO 1540 (1828) BANFIELD BUENOS AIRES

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.	Fecha Alta	Suma M.	Suma I.	Suma Amd.	Actividad.	Beneficiario
AXEL DIAZ	DNI 41465881	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE
NAHUEL H. RODRIGUEZ	DNI 31531049	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE
WALTER DAVID PAEZ	DNI 14026950	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE
DAMIAN FIGUEROA	DNI 34987152	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE
NESTOR TAVELLA	DNI 26737497	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE
ADRIAN LEZICA	DNI 21672910	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE

SE DEJA CONSTANCIA QUE ALLIANZ ARGENTINA COMPAÑIA 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 QUE LE OCURRIERA AL PERSONAL DE LA FIRMA ASEGURADA, AMPARADO POR LA COBERTURA DE 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 DE 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

- Asociación Civil Educativa Escocesa San Andrés CUIT: 30-52982680-6

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.

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

Buenos Aires, 1 de Junio de 2026.

Certificamos por el presente que la póliza Nro **262100633601** contratada por el asegurado **PAEZ, WALTER DAVID** con vigencia desde **03/05/2026** hasta **03/05/2027** se encuentra **ADHERIDA AL SISTEMA DE DEBITO AUTOMATICO** de su **C.B.U.** por lo que la obligación de pago se encuentra cumplida en los términos de la resolución Nro 429/2000 del MINISTERIO DE ECONOMIA.

Se extiende el presente certificado a pedido del asegurado, para ser presentado a quien corresponda.



Carolina Otero
Allianz Arg. Cia. de Segs. S. A.

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

BUENOS AIRES, 1 DE JUNIO DE 2026

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 262100633601
POLIZA NRO.: 262100633601
VIGENCIA DESDE: 03/05/2026 **HASTA:** 03/05/2027

CONTRATANTE:

NOMBRE: PAEZ, WALTER DAVID

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CUIT 20140269507

DIRECCION: CAPITAN SARMIENTO 1540 (1828) BANFIELD BUENOS AIRES

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.	Fecha Alta	Suma M.	Suma I.	Suma Amd.	Actividad.	Beneficiario
AXEL DIAZ	DNI 41465881	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE
NAHUEL H. RODRIGUEZ	DNI 31531049	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE
WALTER DAVID PAEZ	DNI 14026950	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE
DAMIAN FIGUEROA	DNI 34987152	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE
NESTOR TAVELLA	DNI 26737497	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE
ADRIAN LEZICA	DNI 21672910	03/05/2025	$25000000	$25000000	$2000000	ASISTENTE TECNICO	SEGUN DETALLE

SE DEJA CONSTANCIA QUE ALLIANZ ARGENTINA COMPAÑIA 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 QUE LE OCURRIERA AL PERSONAL DE LA FIRMA ASEGURADA, AMPARADO POR LA COBERTURA DE 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 DE 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

- Asociación Civil Educativa Escocesa San Andrés CUIT: 30-52982680-6

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.

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

Buenos Aires, 1 de Junio de 2026.

Certificamos por el presente que la póliza Nro **262100633601** contratada por el asegurado **PAEZ, WALTER DAVID** con vigencia desde **03/05/2026** hasta **03/05/2027** se encuentra **ADHERIDA AL SISTEMA DE DEBITO AUTOMATICO** de su **C.B.U.** por lo que la obligación de pago se encuentra cumplida en los términos de la resolución Nro 429/2000 del MINISTERIO DE ECONOMIA.

Se extiende el presente certificado a pedido del asegurado, para ser presentado a quien corresponda.



Carolina Otero
Allianz Arg. Cia. de Segs. S. A.