CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

BUENOS AIRES, 21 DE OCTUBRE DE 2026

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 490150

POLIZA NRO.: 262100660577

VIGENCIA DESDE: 21/10/2026 **HASTA:** 21/04/2027

CONTRATANTE:

NOMBRE: LAGRECA, JOSEFINA

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: DNI 38783905

DIRECCION: DON BOSCO 474 3 (1642) SAN ISIDRO 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: AMBITO LABORAL + INITINERE

Asegurado	Tipo/Nro.Doc.	F.Nacimiento	Fecha Alta	Suma M.	Suma I.	Suma Amd.	Actividad.	Beneficiario
JOSEFINA LAGRECA	DNI 38783905	18/11/1994	21/10/2026	20000000	20000000	2000000	FOTOGRAFO	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, 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.

SE DEJA CONSTANCIA QUE CONTRARIAMENTE A LO INDICADO EN EL FRENTE DE LA PRESENTE POLIZA, LA VIGENCIA COMENZARA A LAS 17:33 DEL DIA ESTIPULADO COMO INICIO DE LA MISMA Y FINALIZARA A LAS 17:33 DEL DIA ACORDADO COMO FINALIZACION DE VIGENCIA.

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.

Gerardo Pardo

CEO

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