CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

BUENOS AIRES, 06 de octubre de 2026

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 488663

POLIZA NRO.: 262100657723

VIGENCIA DESDE: 11/10/2026 **HASTA:** 11/10/2027

CONTRATANTE:

NOMBRE: KOTIK, EDGARDO MIGUEL

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CUIT 23179995409

DIRECCION: VIRREY ANTONIO OLAGUER Y FELIU 1960 (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
Kotik Edgardo Miguel	DNI 17999540	02/08/1966	11/10/2026	30000000	30000000	3000000	HERRERIA EN GENERAL	EL CONTRATANTE

Tasa de Prima:	13,31	Prima de Riesgo:	5,91	Rec. Financiero:	2,00
Impuestos:	0,17	Gtos de Explotación:	4,07		
Tasa de Premio:	15,48	Gtos de Adquisición:	3,33	No incluye sellados provinciales, IVA ni IIBB.	

Nombre Productor:	MACRI, ENRIQUE CARLOS
Datos de Contacto:	ENRIQUEMACRI47@GMAIL.COM - TEL: 47116150
Matrícula Productor:	16788

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, 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 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.

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

Buenos Aires, 09 de Junio de 2026.

Certificamos por el presente que la póliza Nro **252100605512** contratada por el asegurado **KOTIK, EDGARDO MIGUEL** con vigencia desde **05/10/2025** hasta **05/10/2026** se encuentra **ADHERIDA AL SISTEMA DE DEBITO AUTOMATICO** de su tarjeta **CABAL** 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.



Fernando M. Gutierrez
Jefe de Cobranzas
Allianz Arg. Cia. de Segs. S. A.