CERTIFICADO DE COBERTURA DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

BUENOS AIRES, 05 de noviembre de 2026

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

CERTIFICADO DE COBERTURA NRO.: 17265

POLIZA NRO.: 262100661813

VIGENCIA DESDE: 09/11/2026 **HASTA:** 09/11/2027

CONTRATANTE:

NOMBRE: BEGALLI, LUCIANO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: CUIT 20210864378

DIRECCION: CHARCAS 4580 2 A (1425) CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

MONEDA DEL CONTRATO: PESOS

COBERTURAS:

MUERTE POR ACCIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y PARCIAL 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
Luciano Carlos Begalli	D 21086437	06/10/1969	09/11/2026	3000000	3000000	0	ASESOR INFORMATICO - SERVICIO EXTERNO	

Tasa de Prima:	1,18	Prima de Riesgo:	0,53	Rec. Financiero:	0,14
Impuestos:	0,01	Gtos de Explotación:	0,36		
Tasa de Premio:	1,34	Gtos de Adquisición:	0,30	No incluye sellados provinciales, IVA ni IIBB.	

Nombre Productor:	LEWITAN Y ASOCIADOS
Datos de Contacto:	POLIZAS@LEWITAN.COM.AR - TEL: 21502240
Matrícula Productor:	809

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. T30504065207 - AKAPOL S.A/ T30634873542 - SOCOTHERM AMERICAS S.A/

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