


**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CONCEPTO	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	AMPLIACION / REDUCCION	003	50.143.983	3.897.836
			Período:	255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1
			CUIP: 0117201002000000000000000000000005014398300000000000314305867621993-1000007748610000064353200205			

**INFORMACION DEL TOMADOR / ASEGURADO**

 Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
 BUENAS AIRES 1400,  
 8300 NEUQUEN-NEU

 CUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
 Condición de IVA: EXENTO  
 Ingresos Brutos: EXENTO  
 Sellado Pcial.: 100% NEU

"LA SEGUNDA" Compañía de Seguros de Personas S.A. (en adelante "el Asegurador") asegura contra los riesgos que se detallan a continuación, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales, anexas a la presente póliza, las que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe y de conformidad con la Solicitud de Seguro presentada por el Asegurado, la que se declara parte integrante de este contrato.

**INFORMACION DEL RIESGO**

Detalle de personas, coberturas y sumas aseguradas según ANEXO A

**COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO**

"La edad límite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"

Los vocablos "Asegurado", "Tomador" y/o "Contratante", se usan indistintamente en esta póliza, por lo que debe dársele el significado que corresponda según las circunstancias del caso.

**CLAUSULAS ADICIONALES QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

**Cláusulas Adicionales:** C46B, CA-1, CA-2, CA-50, CA-75, CE-3, CGE-2  
**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.

Exclusiones de la cobertura según Anexo 1.

<b>PRIMA:</b>	212.479,47	Imp. y Tasas:	2.390,80	(* IVA s/R. Financ.:	1.021,81
Recargo Financiero:	4.865,78	IVA: 21.00%	44.620,69	<b>PREMIO FINAL:</b>	269.060,38
		IVA:	0,00	Moneda de emisión:	PESOS
		Sell. Pcial.:	3.681,83		
Subtotal:	217.345,25	Perc. I/B:	0,00		


 Agencia : CAMPUSANO, MARIA CECILIA  
 7967 JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863  
 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)


Matrícula: 77486

 Zona : MORENO, RAUL EDUARDO  
 80 DR F LEOLOIR 703  
 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)

Matrícula: 64353

**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

  
**Pablo Ercole**  
 Apoderado

  
**Mario Castellini**  
 Apoderado

87.958

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION. N° PROVEIDO:

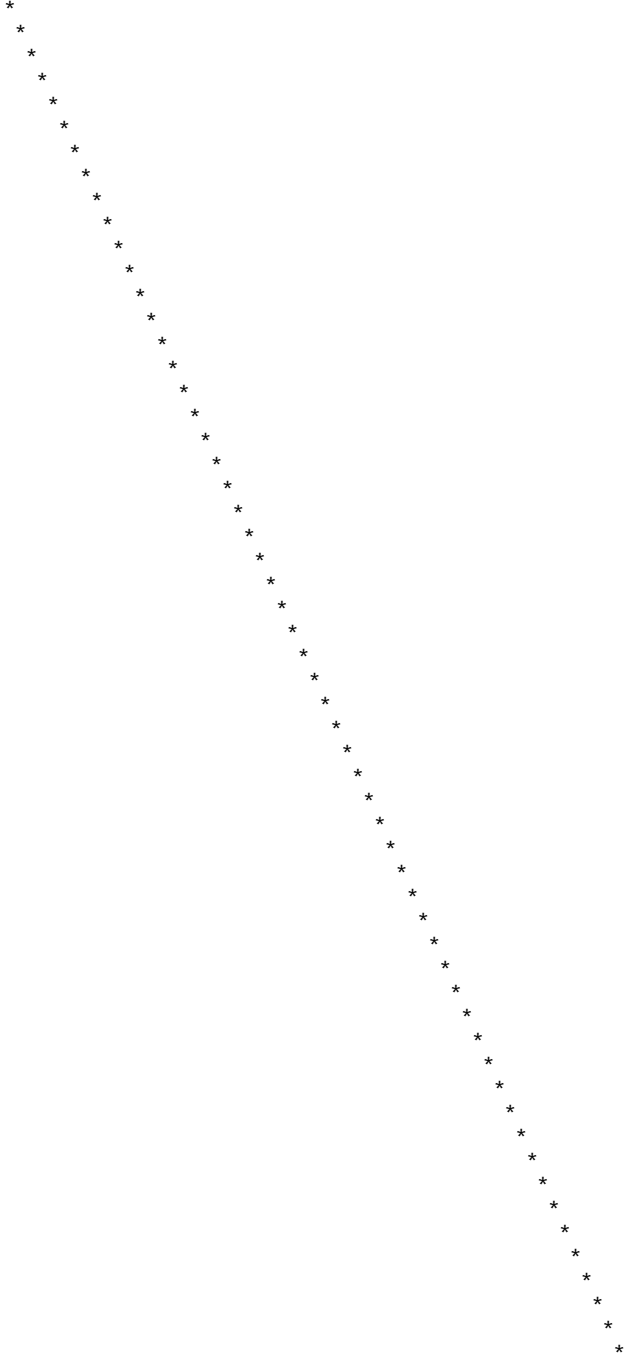


La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. (\*) Computar el crédito fiscal en proporción a las cuotas convenidas, s/Ley(23349 y mod. Art. 12 (Ult. Párrafo), Art. 5 (Pto. 7inc.b) Decreto 692798 Art. 22 y Decreto 290/0.  
 Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web <https://www.lasegunda.com.ar>. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo 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 o por correo electrónico a [consultas@ssn.gov.ar](mailto:consultas@ssn.gov.ar). A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

PLAN DE PAGO DE LA POLIZA FACTURA

Fecha 1° Vto	Fecha 2° Vto	Nro Recibo	Cuota	Importe \$	Estado	Fecha de Pago
16/12/2023	16/01/2024	30005014398300001	1	2.004.465,41	PAGADA	02/01/2024
05/04/2024	05/05/2024	30005014398300201	1	-4.212,35	PENDIENTE	
05/04/2024	05/05/2024	30005014398300301	1	269.060,38	PENDIENTE	
Total 3 Cuotas :				\$2.269.313,4		
Saldo Pendiente al : 11/04/2024				\$ 264.848,03		



*[Handwritten Signature]*  
**Apoderado**

*[Handwritten Signature]*  
**Apoderado**

**LA SEGUNDA**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

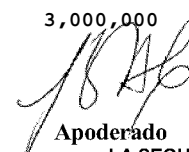
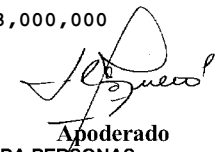
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
1	AGUILA CARCAMO, CELESTE AN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
2	ALARCON MORALES, YERSON AL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
3	ALARCON, VICTOR JOAQUIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
4	ALBORNOZ, MARIO ANDRES	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
5	ALESSANDRELLO, YAMILA VIVI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
6	ALFARO, EMILIANO JOSE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
7	ALMENDRA, JOAQUIN EZEQUIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
8	ALMENDRAS VILLA, DILLMAN E	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
9	ALMIRON, CONSTANZA CAMILA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
10	ALONSO BRAVO, GABRIEL ALEJ	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
11	ANSALONI, LUCAS DANIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
12	AQUINO MARTIN, PABLO IVAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
13	ARANDA TRUJILLO, JULIETA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
14	ARENS, LUCAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
15	ARIAS FALZETTA, STEFANIA M	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
16	ARIAS, DIEGO DANIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
17	ARIZA, ARELIS ORIANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
18	ARMENDARIZ, MARIA CATALINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
19	ARMENDARIZ, MARIA CELINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
20	ARREGUI ECHEGUREN, SABRINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
21	AVILA BURGOS, AILEN LILEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
22	AYALA, ANA LAURA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
23	AZUA MAUTI, LUCIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
24	ARAVENA QUEUPUMIL, LORETO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
25	ARIAS, JOAQUIN MANUEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
26	AZZOLINA, LUCIA ANTONELLA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
27	BAEZ, FRANCISCA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
28	BAIGORRIA, YASMILA VICTORI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
29	BALCO, AILIN ANDREA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
30	BARBARITO, AGUSTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
31	BARBOZA, MARIA SOL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

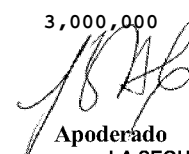
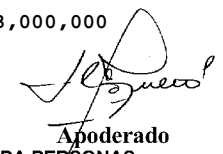
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
32	BARRERA, DANIELA GUADALUPE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
33	BARRERA, NOELIA DILEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
34	BARRIA, MICAELA FLORENCIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
35	BARRIOS, ROCIO CARINA SABI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
36	BARROS MEDEL, LILIAN NELLY	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
37	BEDACARRATZ, MARIA PAZ	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
38	BARILA, STEFANIA ANDREA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
39	BOGINO, VALENTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
40	BARAONA, MELANIE DANIELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
41	BERDUGO NUÑEZ, ANTONELLA I	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
42	BOLLO, SOFIA VICTORIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
43	BUSTOS, CARLOS GABRIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
44	BENZO, EMILIANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
45	BETANCURT PALMA, FELIPE AN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
46	BOBADILLA, ALDANA TAMARA L	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
47	BOHORQUEZ LEDEZMA, DALMA J	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
48	BORGHESE, LEONARDO GABRIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
49	BRION, PAULA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
50	BUNTER, TATIANA DANIELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
51	BUSTAMANTE, MARIANELA BELE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
52	CALVO, GONZALO NICOLAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
53	CALVO, JULIETA AGUSTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
54	CAMAÑO CARABAJAL, FATIMA R	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
55	CAMPOS , FERNANDA AYELEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
56	CANDERAN BARTOLOTTA, AILEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
57	CANDERAN, GASPAS IGNACIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
58	CANTERA ARUANNO, LOLA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
59	CARO ISLAS, CAMILA JOSEFA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
60	CARO, GIULIANA BELEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
61	CARRIZO, ANA LUZ	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
62	CASANOVA COPELLI , SEBASTI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

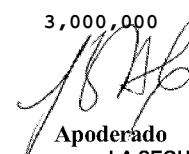
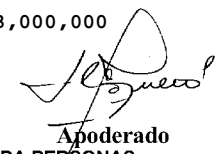
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
63	CASANOVES, BRENDA GISEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
64	CASINI, ANTONELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
65	CASTILLO, GABRIEL ALBERTO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
66	CASTRO BRITO , HEILEEN VAL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
67	CASTRO, SANTIAGO MATIAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
68	CELESCINCO, VALENTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
69	CENTENO, SALLY ANTU	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
70	CERUTTI, AILIN YAMILA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
71	CHAVARRIA MANQUI, VICTOR E	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
72	CHOMICKI, VALENTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
73	CIFUENTES, CARLA ODETT	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
74	CLAS, NERINA LILEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
75	COLAFRANCESCHI, MARIA CLAR	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
76	COLANTONIO, ANDREA CAROLIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
77	CONTI PAREDES, SOFIA MELIS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
78	CORVALAN LABRA, MARIA ANTO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
79	CRUZ, BRUNO ADRIAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
80	CONTRERAS, NICOLAS EDUARDO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
81	DI MARTINO, MARIA DEBORAH	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
82	DE LA PRIETA, SABRINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
83	DE PHILIPPIS, RONNIE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
84	DEL PINO, MARIANA BELEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
85	DI SERIO, JULIETA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
86	DIAZ, MARIO JULIAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
87	DIAZZI, MAIRA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
88	DOLCE, ALBERTINO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
89	DURAN, FRANCO DENIS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
90	DURO, ANNA LAURA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
91	ECHVERRIA, IÑAKI JOAQUIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
92	ESPINOSA GALLARDO, DEBORAH	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
93	ESTELRRIG, AGUSTIN ALEXIS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

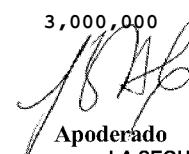
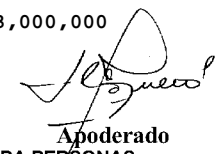
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
94	FARIS, SHAIRA CELINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
95	FLORES PUEYO, BAUTISTA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
96	FAGIOLI DIAMANTE, TOMAS AG	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
97	FALASCONI, FRANCO EDUARDO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
98	FERNANDEZ, DANIEL JOSE LUI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
99	FERRADA BALBOA, GERALDINE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
100	FIGUEROA, MARINA GISEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
101	FLORES SALMAN, MATIAS AGUS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
103	FUENTES, SOFIA LUJAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
104	GINNOBILI, JUAN JESUS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
105	GACITUA ARANDA, DAVID GUIL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
106	GALLARDO, AGUSTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
107	GALLARDO, TERESITA LOURDES	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
108	GARAY MENGARELLI, FIORELLA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
109	GARCIA HEIM, JULIANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
110	GARCIA, JUAN MARTIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
111	GARCIA, LUCAS NAHUEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
112	GASPARRI, ARIEL AGUSTIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
113	GEREZ MARTINEZ, GABRIEL AL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
114	GERONIMO, MALENA AILEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
115	GIACOMINI, ANGELES AGUSTIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
116	GILLIGAN SANCHEZ, CAMILA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
117	GIMENEZ, VICTORIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
118	GIROLIMINI, GIANNI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
119	GODOY TRIGO, MICAELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
120	GODOY, MATIAS MAXIMILIANO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
121	GOMEZ MAGAÑA, LORETO DEL P	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
122	GOMEZ, VERONICA LAURA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
123	GONZALEZ, LAURA ANALIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
124	GONZALEZ, MARIA BELEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
125	GONZALEZ, MARIA VIRGINIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

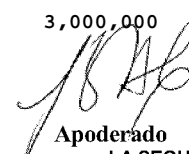
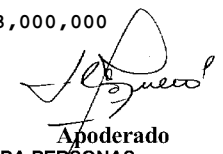
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
126	GONZALEZ, MILAGROS SOFIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
127	GONZALEZ, MATIAS EZEQUIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
128	GONZALEZ, PAULA ANTONELLA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
129	GRANADO, VERONICA MARIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
130	GUERRERO OCHOA, DIEGO IGNA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
131	GUERRERO, MARCOS EZEQUIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
132	GUILLARMENC, EVELYN MARIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
133	GUILLERMO, ROXANA MILENA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
134	GUINEO LINZ, ANDREA SOLEDA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
135	GUIZADO, ANA VALENTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
136	HUENUER, MATIAS NICOLAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
137	HIDALGO FUENTES, SERLI MAR	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
138	HUERTAS OSORIO, KATHELYN J	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
139	HUIRILEF COLLIN, DANIELA B	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
140	ISLA OPAZO , FELIPE EDUARD	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
141	IGLESIAS, EMILIA ROCIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
142	IPHAIS, MARIA JOSEFINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
143	JALENIECKI, JULIANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
144	JARA, YANINA ROSALBA AYLEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
145	JARAMILLO REYES, AINARA EL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
146	JORQUERA, BRAIAN GASTON	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
147	KAPLAN, FRANCO SEBASTIAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
148	KREBER, MICAELA JESABEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
149	KOLLER, VALENTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
150	KOSARENSKI, MARIA FERNANDA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
151	KUGLER, MARTINA IVANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
152	LABRA, NATALIA YANINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
153	LAGOS ACUÑA, ROBERTO ADRIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
154	LAMBRECHT, NESTOR IRWIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
155	LAMBRECHT, KARINA DEL CARM	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
156	LANDSKRON FUENTEALBA, TOMA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

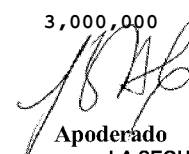
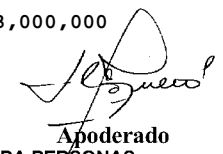
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
157	LARRONDE, JUSTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
158	LAVAGGI CAJARABILLA, SOFIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
159	LEIVA RODRIGUEZ, DELFINA H	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
160	LINDSTROM, LIV DAGNY	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
161	LIONTI, NAHIR	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
162	LOPEZ MONTENEGRO, CAMILA A	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
163	LLOYD, MARIA GUILLERMINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
164	LORENTE PELLIN, MARIA JOSE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
165	LOVATO, MELISSA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
166	LUCA, MATIAS ARIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
167	LUCERO ALBERO, AGUSTINA MA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
168	LUCERO, ROMINA DAIANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
169	LUDERS BETANCOURT, NICOLAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
170	LUKASIEWICZ, EMILIANO AGUS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
171	LUNA, IAN MARCELO OSCAR	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
172	LUNA, YAMIL GABRIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
173	LUNA, PABLO GONZALO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
174	MANTILARO, CAMILA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
175	MARICHELAR CORNEJO, JUAN A	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
176	MEICHTRY, VALENTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
177	MELLA, MARIA OLINDA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
178	MONTOYA PACHECO, MOISES EL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
179	MAIDA CAMINO, BRENDA MICAEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
180	MALDONADO ANTIPAN, EVELIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
181	MANUEL, SANTIAGO ADRIAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
182	MANZANO, MARIA SOFIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
183	MARDONES, CESAR ALEXIS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
184	MARIN PALMA, FLORENCIA AGU	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
185	MAURI, FABRIZIO RICARDO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
186	MAZA, LUCIANA SALOME	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
187	MINISINI, SOFIA NOELIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.



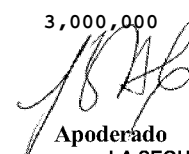
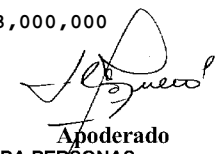
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
188	MIRANDA, ALDANA JULIETA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
189	MIRANDA, ALEX DARIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
190	MOLINA CERPA, JOCELYN MICH	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
191	MOLINA, JUAN MANUEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
192	MOLLO SANTOS, FRANCIS LOUR	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
193	MONTERO DEIUB, NAHIR YAMIL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
194	MONTESERIN, VICTOR DANIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
195	MONTIEL STOESSEL, MARIA GA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
196	MORA, CAMILA ANTONELLA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
197	SAN MARTIN, FERNANDA IVETH	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
198	MORALES, DANIELA ALDANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
199	MORALES, SEBASTIAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
200	MORENO, SANTIAGO OMAR	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
201	MORETTI, PEDRO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
202	MUÑOZ PONTET, MILAGROS ARI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
203	MUÑOZ, ELENA JUDITH	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
204	MUÑOZ, FRANCO GASTON	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
205	MUÑOZ, GONZALO NICOLAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
206	MUÑOZ, LAUTARO GABRIEL EZE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
207	NICOLAS, CAMILO IGNACIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
208	NIEVES RAMELLO, AGOSTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
209	NARDINI, JUAN IGNACIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
210	NASIF, KARIM	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
211	NATALINI SAGRIPANTI, GIULI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
212	NAVARRETE MARTIN, LUCIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
213	NEIRA, ELUNEY ZULEIKA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
214	NEDUCHAL, AGUSTINA MAYLEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
215	NOCETTI, MARIA VICTORIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
216	OUDSHOORN, SILVINA ALEJAND	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
217	ORREGO, TAMARA ANDREA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
218	OSOVNIKAR, LARA ARIADNA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

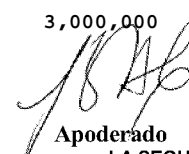
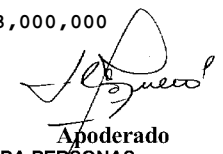
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
219	PAILLACOI, MARISA INES	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
220	PALACIOS, SANTIAGO NICOLAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
221	PEREZ KELLY, MARIANA LILEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
222	PERROUD, ALVARO GENARO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
223	PESOBA, NATALIA BELEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
224	PINUER, VALERIA AILEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
225	PAREDES, AGUSTINA MACARENA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
226	PAREDES, LORENA VILMA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
227	PARODI, SOFIA BELEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
228	PARRA DE LA VEGA, FLORENCI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
229	PARRA FIGUEROA, LAUTARO AL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
230	PASCUAL DUÑEZ, MICAELA JIM	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
231	PATERLINI, SILVANA ISABEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
232	PAZ, ISABEL KATHERINE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
233	PELLIN GONZALEZ, MICAELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
234	PEÑA, MATEO GASTON ESTEBAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
235	PERALTA, AGUSTINA BELEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
236	PEREZ OLIVA, CAMILA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
237	PEREZ, EMANUEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
238	PETECH, MILCA ANTONELLA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
239	PICCININI VAIRA, JOSEFINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
240	PICHIPII, BRENDA CAMILA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
241	PIL, ROCIO ANDREINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
242	PINCHENTTI, ANTONELLA BELE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
243	PLANISCIG, LEIZA DAIANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
244	PONCE, RODRIGO EMANUEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
245	POUJARDIEU, LEANDRO HERNAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
246	PRADO, LAUTARO TOMAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
247	PRIETO, SOFIA VICTORIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
248	PUEL, NICOLE ROMINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
249	RATTI, CAMILA SOLEDAD	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

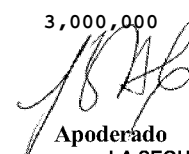
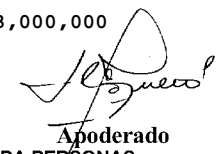
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
250	ROST, ABRIL FLORENCIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
251	RUIZ, TAMARA AYELEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
252	RAGGI, LUISINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
253	RAIMONDI, MARIA ALEJANDRA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
254	RAMIREZ, EVELYN AILIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
255	RAMIREZ, ROBERTO HERNAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
256	REYES, MARIA DE LOS ANGELE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
257	RISSO GOMEZ, SAMUEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
258	RODRIGUEZ, MARCELO DANIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
259	RODRIGUEZ BLASCO, ISAAC DA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
260	RODRIGUEZ VAZQUEZ, CANDELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
261	RODRIGUEZ, JIMENA BELEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
262	RODRIGUEZ, SELENE ABRIL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
263	ROMAN, CARLA SOFIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
264	ROMERO BOUE, SAYI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
265	ROMERO, JUAN MANUEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
266	ROMERO, MARIA LAURA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
267	ROSALES ICHES, SAMARA SOL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
268	ROSALES ICHES, SOFIA JAZMI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
269	ROSENBROCK, ALDANA AIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
270	ROTH, MARA STEFANIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
271	RUIZ, RODRIGO AGUSTIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
272	SABAS, AUGUSTO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
273	SACKS, DANILA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
274	SALLES, ANGELA ANABEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
275	SAN EMETERIO, CANDELA PRIS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
276	SAN MARTIN, DAIANA ALEJAND	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
277	SANCHEZ, EZEQUIEL GASTON	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
278	SANCHEZ, MARIA CECILIA EDI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
279	SANDOVAL, DANIELA FERNANDA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
280	SANTANDER, IRIS MICHELLE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

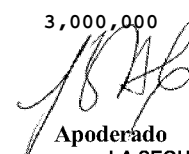
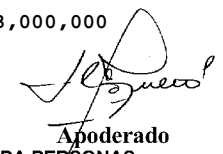
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
281	SANTILLAN, GRECIA DAIANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
282	SEPULVEDA, AMAMBAY LUCIANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
283	SEPULVEDA, MARIA VICTORIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
284	SERER, MARIA DE LOS MILAGR	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
285	SEVERINI CEVEY, FERNAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
286	SIFUENTES, RICARDO DAVID	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
287	SILVEIRA, FRANCISCO ALEJAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
288	SINISE, ROMINA ABIGAID	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
289	SITARSKI MUÑOZ, CATHERINE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
290	SKOP, LUBA NIBET	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
291	SOBERON NEIRA, IVANA ROCIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
292	SOBRE CASAS, VERONICA ISAB	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
293	SORDO, MICAELA BELEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
294	SOTELO, CYNTHIA ANALIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
295	SOTO, SEBASTIAN HORACIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
296	SPROHNLE QUIROZ, TAMARA NI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
297	STOLL, PAULA NOEMI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
298	SOTO, LUNA TRINIDAD	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
299	SPEIGER, AITANA AGUSTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
300	SVRCEK, IRINA ROCIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
301	TAMBORINI ARIAS, MARIA JUL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
302	TESAN, ENZO HERNAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
303	TIEDEMANN GOLAN, NAIMA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
304	TORRI, JOSEFINA DEL ROSARI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
305	TORROBA, GONZALO GUIDO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
306	TORO, EBER EMILIANO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
307	TRONELLI, MICAELA SOLEDAD	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
308	TRAMAGLIA, MARIANA SOFIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
309	URRUTIA, MICAELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
310	URRA, VALERIA ANDREA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
311	VILLALON, DELFINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

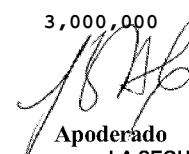
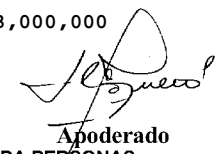
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
312	VALDEZ, CAMILA LOURDES	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
313	VALENTI, MAURICIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
314	VALENZUELA BRICEÑO, PABLO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
315	VALERIO TAVARES DE SOUZA,	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
316	VELIZ, MATIAS NICOLAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
317	VERA DONOSO, ANDRES GONZAL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
318	VERA, JULIETA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
319	VERA, MARTIN NICOLAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
320	VILLANUEVA MASSARDO, CAROL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
321	VILLAR LAZ, FLORENCIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
322	ZGAIB, IONA LEILA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
323	CABRERA, ASTRID TAMARA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
324	CALFUPAN, ENZO MAURICIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
325	D AMORIM LIMA NOVO, MAITE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
326	DELL OSO, ROQUE JAVIER	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
327	SANTOS, LUCIANA ARACELI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
328	ACEVEDO ARAYA, ELIAB NATAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
329	AROCA, AGUSTIN TOMAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
330	AUAD LUNA, FARID NASHIF	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
331	BALDEBENITO, ISAAC SHALEN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
332	BALLERINO, FIORELLA AGUSTI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
333	BARRIGA, MONICA MICAELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
334	BENAVIDEZ, CRISTOPHER ALEX	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
335	BENJURIA, ALDANA YANNICE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
336	BIDIUK, JOEL DAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
337	BOUSSEMAERE, MIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
338	BRAVO, MIRIAM BEATRIZ	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
339	BUSIN, JULIETA ROCIO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
340	CASTRO, MELISA LORENA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
341	CERUTTI, SABINA PAOLA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
342	COLL, LUCAS VARTAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

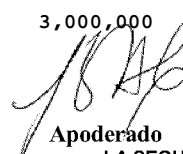
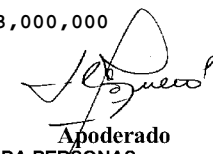
**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**  
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**  
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**

**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
343	CUEVAS, SABRINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
344	CUPPI, NATALI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
345	DIAZ ABRAHAN, LAURA VANESA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
346	DIAZ HERRERO, GONZALO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
347	DUBOIS, MORISSON	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
348	FIGUEROA ALVAREZ, MARIANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
349	FUENTES, LAURA CECILIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
350	FURLAN, SOFIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
351	GARCIA SALAZAR, GASTON AGU	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
352	GAWRYLUK, ARACELI VERONICA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
353	GUERRERO, MELANIE ELIZABET	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
354	GUTIERREZ NOVOA, EDITH BEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
355	HAWRYLAK, CLAUDIO DANIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
356	HAZELDINE, NAIR NICOLE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
357	HEIT, MATEO BRUNO	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
358	HENRIQUEZ, ANTONELLA ABRIL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
359	HIL, ROCIO MICAELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
360	HIRIART, ARACELI	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
361	ISEAS, TAMARA AGUSTINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
362	LAMFRE, PAULINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
363	LOPEZ MARTINEZ, CECILIA PA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
364	LOPEZ TONCOVICH, CAMILA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
365	LOPEZ TONCOVICH, SOFIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
366	LOSER, TAMARA NATALIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
367	MENDEZ, ANDRES EZEQUIEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
368	MONTIVEROS AMAYA, MELANIA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
370	NIKSIC, SERGIO JESUS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
371	ORELLANA, JULIETA MABEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
372	OSSES, MARIA ELENA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
373	PERALTA, MARIANELA EDITH	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
374	PEREZ, GISELLE FERNANDA ST	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	


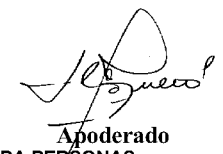

  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

**TOMADOR: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE**
**Póliza N°: 50.143.983 / Suplemento N°: 3**
**Vigencia Desde: 05-04-2024 Hasta: 16-12-2024**
**Expediente N°: 3.897.836**

Por la presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las Condiciones Particulares, Adicionales y Generales de la póliza de seguros de Accidentes Personales, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas que asimismo se indican.

**DETALLE DE PERSONAS Y SUMAS AMPARADAS**

N° Cert.	Nombre y Apellido	Ocupacion	Suma Asegurada Muerte	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Asistencia Médica Farmacéutica	Suma Asegurada Renta Diaria
375	QUIROGA, GUILLERMINA NOEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
376	RAMIREZ, JAEL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
377	RODRIGUEZ GARELIK, CAROLIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
378	RODRIGUEZ, MARTINA AZUL	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
379	SALAS, JULIETA AILIN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
380	SANDOVAL, BRISA CANDELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
381	SANTOMARTINO MARTOS, DAIAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
382	SEIVAL, AIXA DANIELA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
383	TOVANI, MACARENA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
384	TRAVNIK, GABRIELA NADINA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
385	TURAN, FIAMA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
386	VARGAS LUZ CLARA, NATALI P	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
387	VARGAS, VERONICA MERCEDES	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
388	VEÑY, LUJAN	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
389	VICTORIANO REYES , MARIANA	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
390	ZARATE, DAIANA MARLENE	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
391	MORALES, JORGE MATIAS	Administrativos	3,000,000	3,000,000	3,000,000	
<b>TOTAL PERSONAS AMPARADAS:</b>	<b>389</b>	<b>SUMA TOTAL ASEGURADA:</b>	<b>#####</b>	<b>#####</b>	<b>#####</b>	<b>0</b>


  
**Apoderado**                      **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.

**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	196	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEU

CUIT / CUIL / DNI: 30586762199

Condición de IVA: EXENTO

Ingresos Brutos: EXENTO

Sellado Pcial.: 100% NEU

D.N.I. 38710803 F.N:14/02/95

Asegurado: MORA, CAMILA ANTONELLA  
S/D S/N,  
8324 CIPOLLETTI-RNE

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

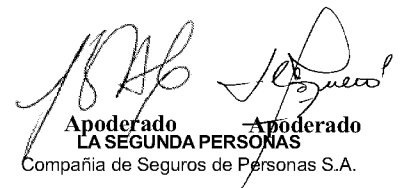
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2, CE-5

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$0,00

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).



**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado

constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

#### CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 2. El beneficio acordado por invalidez permanente es sustitutivo de la suma asegurada que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por invalidez permanente resulta coincidente con el de muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

#### DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ

Cláusula 3. Ocurrido el accidente que diera lugar a la invalidez permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su invalidez permanente: su comienzo, gravedad y causas.

Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del accidente determinante de la invalidez permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

#### CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN POR EL ASEGURADOR ¿ PLAZO DE PRUEBA

Cláusula 4. El Asegurador, dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones y constancias requeridas no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la invalidez, a su carácter permanente o al grado de la misma, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

#### CE-5: DEFINICIONES

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Renta diaria: se entiende por tal la indemnización diaria que el Asegurador abonará al Asegurado cuando este sufra una invalidez temporal como consecuencia inmediata de un accidente.

Invalidez temporaria: se entiende por tal aquella que impida temporariamente al Asegurado atender sus ocupaciones profesionales habituales declaradas y deba permanecer ingresado en un instituto médico asistencial o guardar reposo en su domicilio.

#### RIESGOS CUBIERTOS ¿ LÍMITES INDEMNIZATORIOS

Cláusula 2. El riesgo amparado por esta Condición Específica es el la invalidez temporaria del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente sufrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Si el accidente causare una invalidez temporaria que impida al Asegurado atender sus ocupaciones habituales declaradas, el Asegurador abonará al Asegurado la suma asegurada diaria establecida a los fines de esta cobertura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual, según corresponda.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar a partir del decimosexto día contado desde el primer día del tratamiento médico, por toda la duración de la invalidez, hasta el alta definitiva y por el plazo máximo de un año contado a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.

#### CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 3. El beneficio acordado por Invalidez Temporaria es adicional e independiente respecto de las restantes coberturas, con excepción de que a consecuencia del Accidente que diera origen al beneficio acordado por Invalidez Temporaria, se produjera luego la Muerte o la Invalidez Permanente Total del Asegurado. En este caso, se deducirá de la Suma Asegurada a abonar por las citadas coberturas, el correspondiente importe abonado por esta Condición Específica.

En el caso que la Invalidez Permanente sobreviniente sea Parcial, se deducirá de la indemnización que corresponda para dicha cobertura un porcentaje de la Renta Diaria abonada, el cual será equivalente al porcentaje de Invalidez Parcial Permanente del Asegurado.

#### DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ

Cláusula 4. Ocurrido el accidente que diera lugar a la indemnización por invalidez temporal cubierta por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

Las constancias médicas y/o testimoniales relativas a su invalidez temporaria, su comienzo, gravedad y causas.

Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.

El testimonio de cualquier actuación sumaria que se hubiera instruido con motivo del accidente determinante de la invalidez temporaria, salvo que razones procesales lo impidieran.

Informe de un profesional médico en períodos no superiores a 15 (quince) días, indicando estado, evolución de paciente y fecha estimada de alta.

\*  
\*  
\*  
\*

**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	328	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 95131551 F.N:20/03/97Asegurado: ACEVEDO ARAYA, ELIAB NATANAEL  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

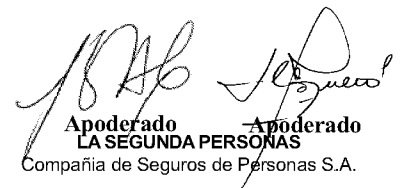
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	329	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 43421888 F.N:02/09/01Asegurado: AROCA, AGUSTIN TOMAS  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

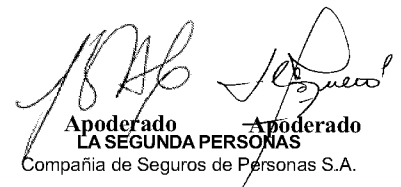
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	330	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 43156663 F.N:19/03/01Asegurado: AUAD LUNA, FARID NASHIF  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

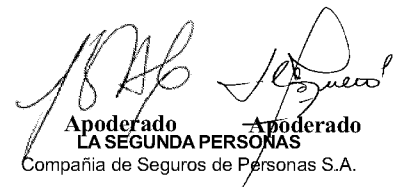
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12) CE12	
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	331	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 43421708 F.N.:11/01/01Asegurado: BALDEBENITO, ISAAC SHALEN EZEQUIEL  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

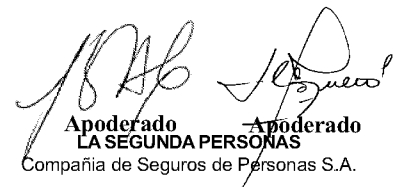
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	332	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 43137732 F.N:01/03/01Asegurado: BALLERINO, FIORELLA AGUSTINA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

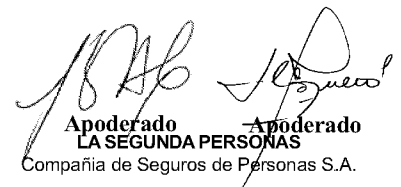
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELLOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024


N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	333	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 37858624 F.N:14/02/94Asegurado: BARRIGA, MONICA MICAELA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	334	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41706638 F.N:15/10/99Asegurado: BENAVIDEZ, CRISTOPHER ALEX  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

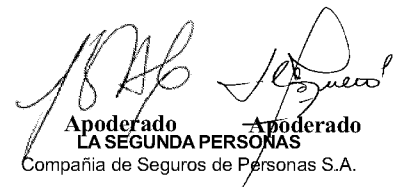
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado

constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

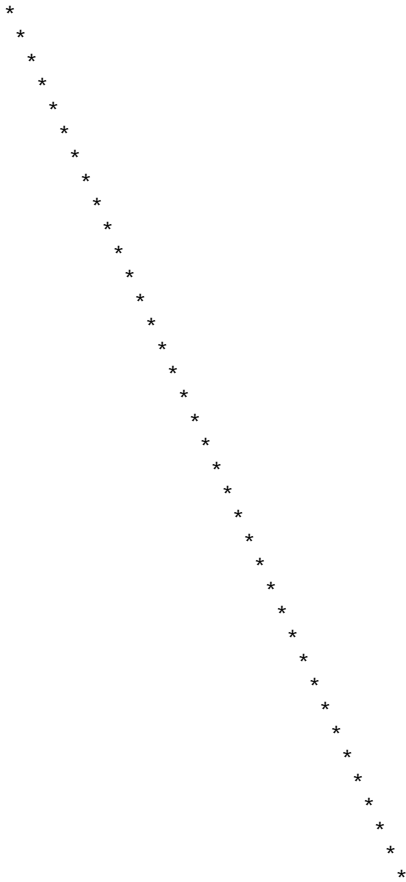
Cláusula 2. El beneficio acordado por invalidez permanente es sustitutivo de la suma asegurada que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por invalidez permanente resulta coincidente con el de muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas. Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.



**DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ**

Cláusula 3. Ocurrido el accidente que diera lugar a la invalidez permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:  
Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su invalidez permanente: su comienzo, gravedad y causas.  
Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.  
El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del accidente determinante de la invalidez permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

**CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN POR EL ASEGURADOR ¿ PLAZO DE PRUEBA**

Cláusula 4. El Asegurador, dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones y constancias requeridas no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la invalidez, a su carácter permanente o al grado de la misma, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a tres (tres) meses, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.



  
  
**Apoderado                      Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	335	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 40995398 F.N:02/07/98Asegurado: BENJURIA, ALDANA YANNICE  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

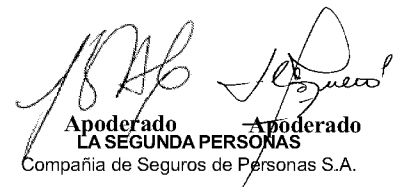
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).



**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	336	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41854907 F.N:18/03/99Asegurado: BIDIUK, JOEL DAN  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

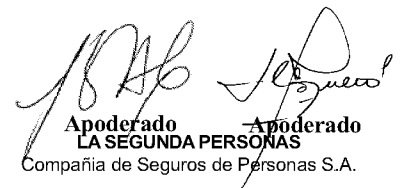
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado

constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 2. El beneficio acordado por invalidez permanente es sustitutivo de la suma asegurada que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por invalidez permanente resulta coincidente con el de muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ

Cláusula 3. Ocurrido el accidente que diera lugar a la invalidez permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su invalidez permanente: su comienzo, gravedad y causas.

Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.

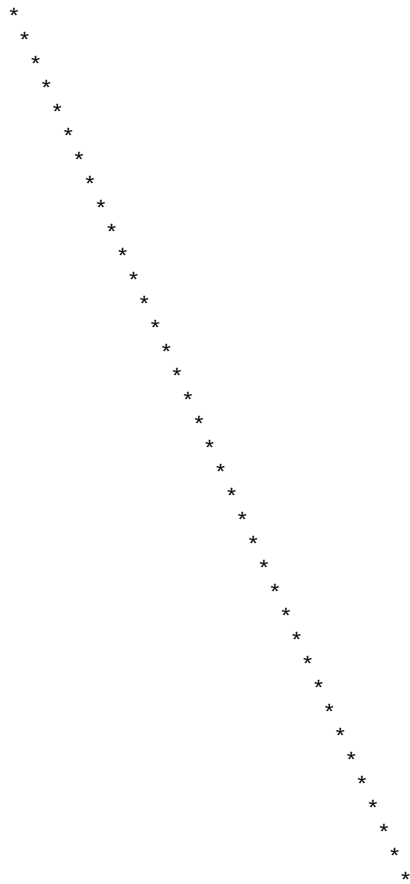
El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del accidente determinante de la invalidez permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN POR EL ASEGURADOR ¿ PLAZO DE PRUEBA

Cláusula 4. El Asegurador, dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones y constancias requeridas no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la invalidez, a su carácter permanente o al grado de la misma, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a tres (tres) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.



  
Apoderado  
  
Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024


N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	337	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42675141 F.N:26/05/00Asegurado: BOUSSEMAERE, MIA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU


Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

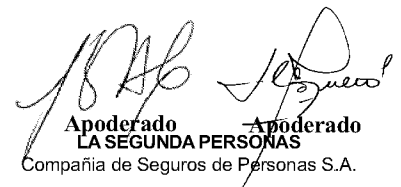
N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	338	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 32056639 F.N:28/06/86Asegurado: BRAVO, MIRIAM BEATRIZ  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELLOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	339	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 40322283 F.N:09/08/97Asegurado: BUSIN, JULIETA ROCIO  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

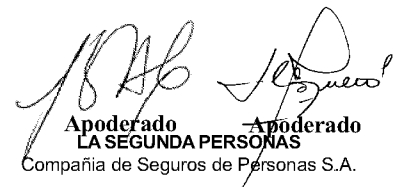
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	340	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 40909708 F.N:08/03/98Asegurado: CASTRO, MELISA LORENA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

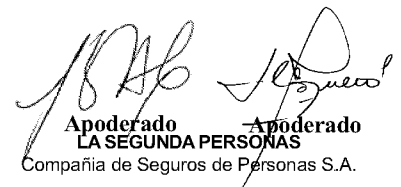
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	341	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEU

CUIT / CUIL / DNI: 30586762199

Condición de IVA: EXENTO

Ingresos Brutos: EXENTO

Sellado Pcial.: 100% NEU

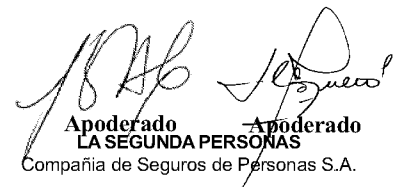
D.N.I. 36343574 F.N:24/10/91

Asegurado: CERUTTI, SABINA PAOLA  
DAMAS PATRICIAS 3055,  
8332 GENERAL ROCA-RNE

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

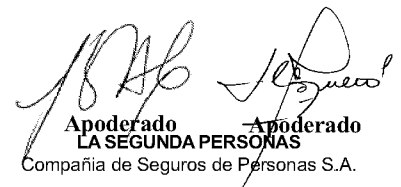
N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	342	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42970946 F.N:12/12/00Asegurado: COLL, LUCAS VARTAN  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12) CE12	
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	343	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41437695 F.N:15/10/98Asegurado: CUEVAS, SABRINA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

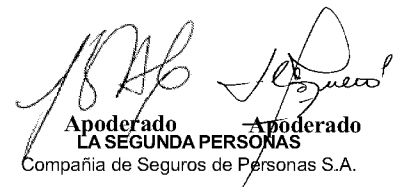
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12) CE12	
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).



**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado

constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

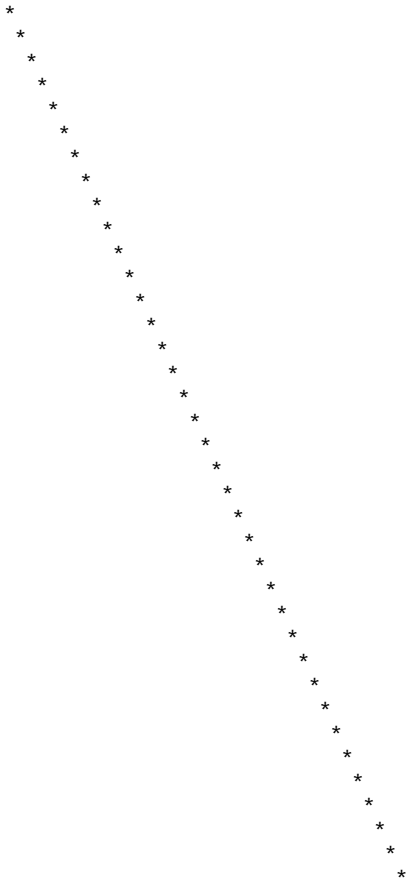
Cláusula 2. El beneficio acordado por invalidez permanente es sustitutivo de la suma asegurada que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por invalidez permanente resulta coincidente con el de muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.  
Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.


**DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ**

Cláusula 3. Ocurrido el accidente que diera lugar a la invalidez permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:  
Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su invalidez permanente: su comienzo, gravedad y causas.  
Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.  
El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del accidente determinante de la invalidez permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

**CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN POR EL ASEGURADOR ¿ PLAZO DE PRUEBA**

Cláusula 4. El Asegurador, dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.  
Si las comprobaciones y constancias requeridas no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la invalidez, a su carácter permanente o al grado de la misma, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a tres (tres) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.  
La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.



 **Apoderado**  **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	344	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42317629 F.N:05/03/00Asegurado: CUPPI, NATALI  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

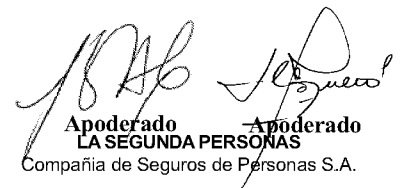
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	345	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 32801523 F.N:09/02/87Asegurado: DIAZ ABRAHAN, LAURA VANESA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

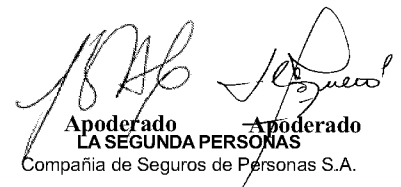
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	346	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42827271 F.N:01/08/00Asegurado: DIAZ HERRERO, GONZALO  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

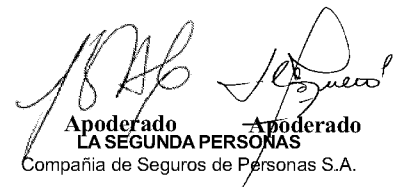
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

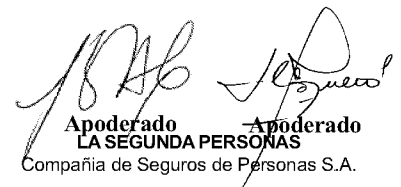
N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	347	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 96015376 F.N:18/12/98Asegurado: DUBOIS, MORISSON  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	348	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 95529425 F.N:29/06/96Asegurado: FIGUEROA ALVAREZ, MARIANA ANDREA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

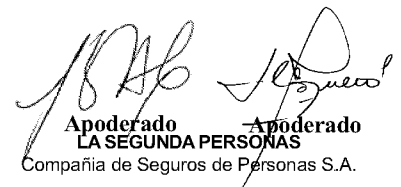
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	349	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 38431793 F.N.:12/01/95Asegurado: FUENTES, LAURA CECILIA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

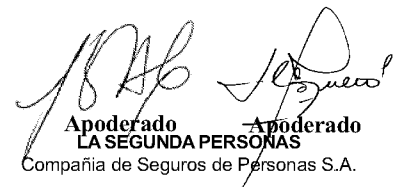
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12) CE12	
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	350	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 40443802 F.N:06/06/97Asegurado: FURLAN, SOFIA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

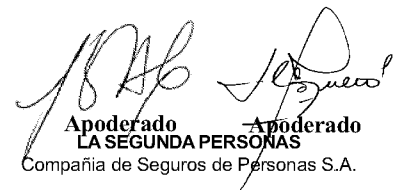
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: CAMPUSANO, MARIA CECILIA  
7967 JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863  
8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)

Matrícula: 77486

Zona: MORENO, RAUL EDUARDO  
80 DR F LELOIR 703  
8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)

Matrícula: 64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	351	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42708985 F.N:11/09/00Asegurado: GARCIA SALAZAR, GASTON AGUSTIN  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

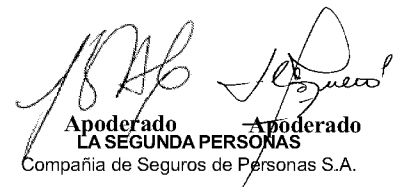
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).



**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	352	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41241823 F.N.:12/06/98Asegurado: GAWRYLUK, ARACELI VERONICA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

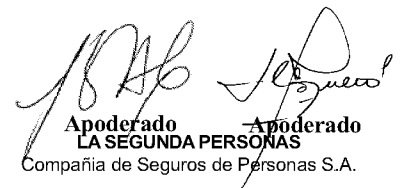
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELLOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	353	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEU

CUIT / CUIL / DNI: 30586762199

Condición de IVA: EXENTO

Ingresos Brutos: EXENTO

Sellado Pcial.: 100% NEU

D.N.I. 40068623 F.N:09/03/97

Asegurado: GUERRERO, MELANIE ELIZABETH  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

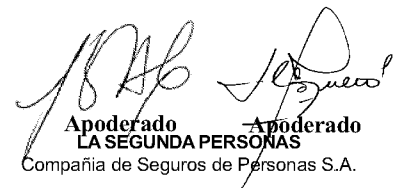
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	354	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41092443 F.N:01/06/98Asegurado: GUTIERREZ NOVOA, EDITH BELEN  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

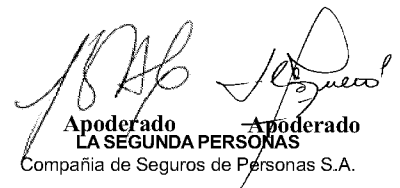
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELLOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado

constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

#### CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cláusula 2. El beneficio acordado por invalidez permanente es sustitutivo de la suma asegurada que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por invalidez permanente resulta coincidente con el de muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

#### DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ

Cláusula 3. Ocurrido el accidente que diera lugar a la invalidez permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su invalidez permanente: su comienzo, gravedad y causas.

Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.

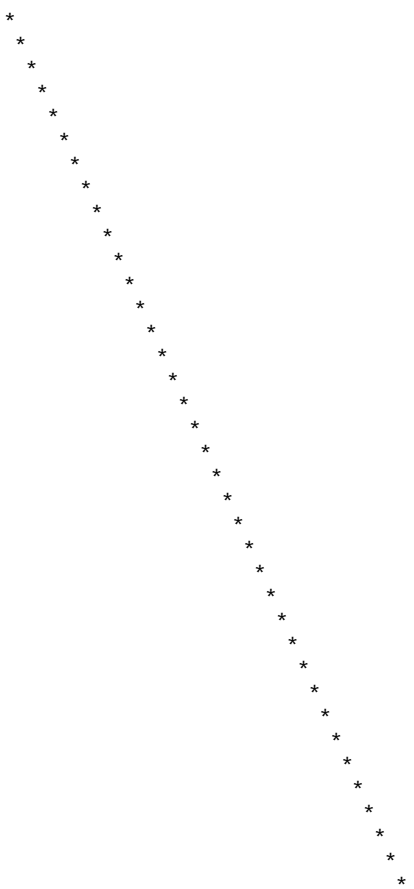
El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del accidente determinante de la invalidez permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

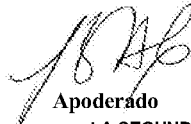

#### CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN POR EL ASEGURADOR ¿ PLAZO DE PRUEBA

Cláusula 4. El Asegurador, dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones y constancias requeridas no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la invalidez, a su carácter permanente o al grado de la misma, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a tres (tres) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.



  
Apoderado  
  
Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	355	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42517314 F.N:25/04/00Asegurado: HAWRYLAK, CLAUDIO DANIEL  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

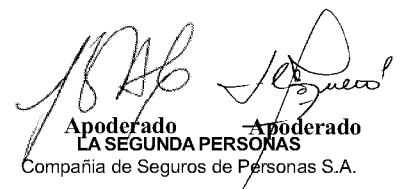
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	356	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 43948967 F.N:14/04/02Asegurado: HAZELDINE, NAIR NICOLE  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

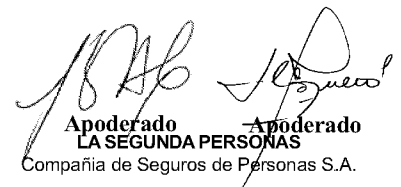
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	357	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 43130866 F.N:23/01/01Asegurado: HEIT, MATEO BRUNO  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

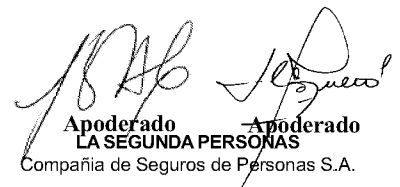
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	358	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42708954 F.N:01/09/00Asegurado: HENRIQUEZ, ANTONELLA ABRIL  
447 2405,  
8332 GENERAL ROCA-RNE

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

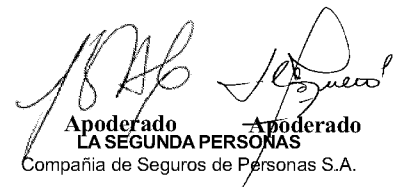
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	359	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41339361 F.N:18/01/99Asegurado: HILL, ROCIO MICAELA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

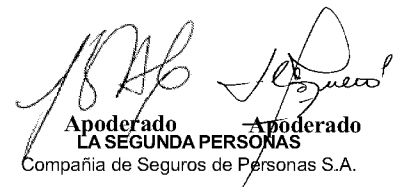
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).



**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	360	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 40112174 F.N:19/06/97Asegurado: HIRIART, ARACELI  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

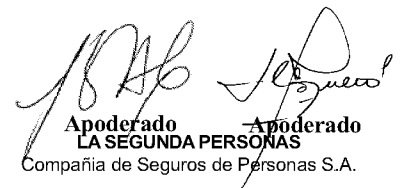
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELLOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



### POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	361	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas: 1		

#### INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO

Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEU


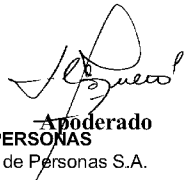
CUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41873376 F.N:30/06/99


Asegurado: ISEAS, TAMARA AGUSTINA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12) CE12	
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353

   
**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado

constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 2. El beneficio acordado por invalidez permanente es sustitutivo de la suma asegurada que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por invalidez permanente resulta coincidente con el de muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas. Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

**DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ**

Cláusula 3. Ocurrido el accidente que diera lugar a la invalidez permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:  
 Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su invalidez permanente: su comienzo, gravedad y causas.  
 Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.  
 El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del accidente determinante de la invalidez permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

**CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN POR EL ASEGURADOR ¿ PLAZO DE PRUEBA**

Cláusula 4. El Asegurador, dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.  
 Si las comprobaciones y constancias requeridas no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la invalidez, a su carácter permanente o al grado de la misma, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a tres (tres) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.  
 La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

\*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*  
 \*

  
 Apoderado  
  
 Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
 Compañía de Seguros de Personas S.A.



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	362	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 43217077 F.N:07/03/01Asegurado: LAMFRE, PAULINA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.


RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	363	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEU

CUIT / CUIL / DNI: 30586762199

Condición de IVA: EXENTO

Ingresos Brutos: EXENTO

Sellado Pcial.: 100% NEU

D.N.I. 36771002 F.N:09/01/92

Asegurado: LOPEZ MARTINEZ, CECILIA PAOLA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

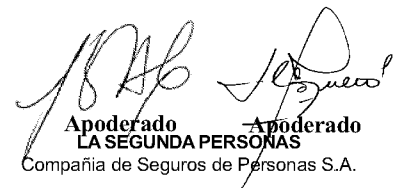
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	364	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 39867307 F.N:23/01/97Asegurado: LOPEZ TONCOVICH, CAMILA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

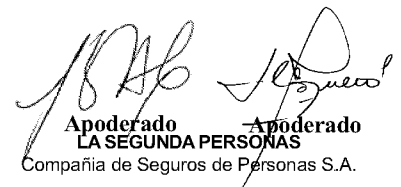
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	365	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41193823 F.N:27/11/98Asegurado: LOPEZ TONCOVICH, SOFIA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

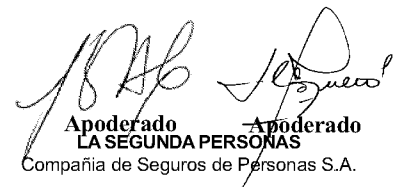
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	366	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 40182352 F.N:11/05/97Asegurado: LOSER, TAMARA NATALIA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

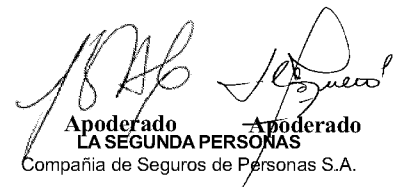
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	367	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42652924 F.N:23/08/00Asegurado: MENDEZ, ANDRES EZEQUIEL  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

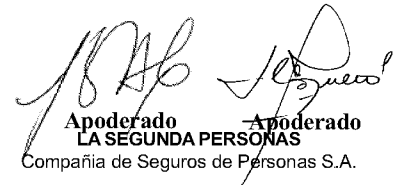
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).



**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	368	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 37763557 F.N:24/08/93Asegurado: MONTIVEROS AMAYA, MELANIA SUYAY  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.


RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	370	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 43156490 F.N:24/04/01Asegurado: NIKSIC, SERGIO JESUS  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

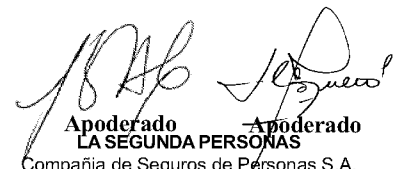
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: CAMPUSANO, MARIA CECILIA  
7967 JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863  
8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)

Matrícula: 77486

Zona: MORENO, RAUL EDUARDO  
80 DR F LELLOIR 703  
8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)

Matrícula: 64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

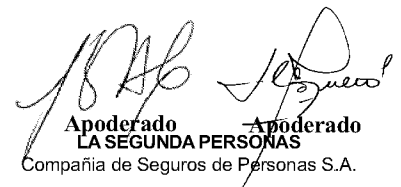
N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	371	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 28236792 F.N:20/09/80Asegurado: ORELLANA, JULIETA MABEL  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	372	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 34002094 F.N:01/02/89Asegurado: OSES, MARIA ELENA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

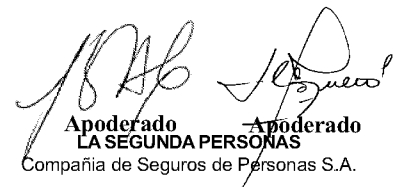
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LEOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	373	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41358548 F.N:12/04/99Asegurado: PERALTA, MARIANELA EDITH  
ERNESTO CHE GUEVARA 3483,  
8336 VILLA REGINA-RNE

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

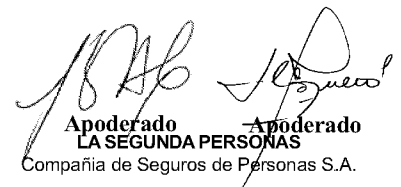
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	374	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEU

CUIT / CUIL / DNI: 30586762199

Condición de IVA: EXENTO

Ingresos Brutos: EXENTO

Sellado Pcial.: 100% NEU

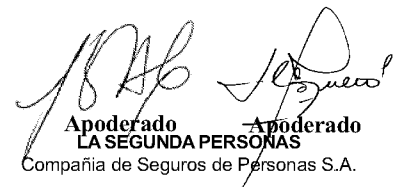
D.N.I. 36257452 F.N.:13/11/91

Asegurado: PEREZ, GISELLE FERNANDA STEFANIA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	375	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 43131126 F.N:26/12/00Asegurado: QUIROGA, GUILLERMINA NOEL  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

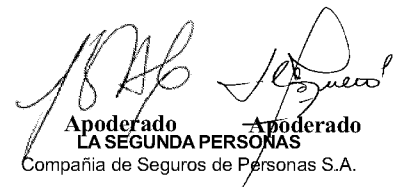
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELLOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	376	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

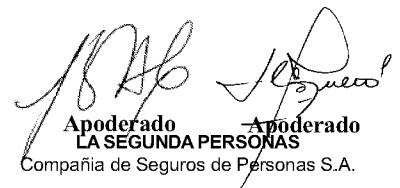
**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 37348554 F.N:31/10/91Asegurado: RAMIREZ, JAEL  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**CE-1, CE-2  
**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).



**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	377	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42708990 F.N:21/08/00Asegurado: RODRIGUEZ GARELIK, CAROLINA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

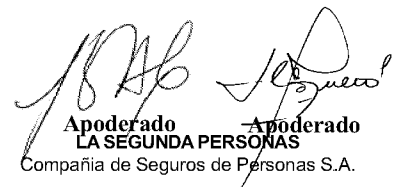
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	378	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42911255 F.N:10/01/01Asegurado: RODRIGUEZ, MARTINA AZUL  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

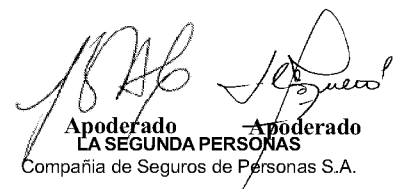
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	379	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 38205081 F.N:21/06/94Asegurado: SALAS, JULIETA AILIN  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

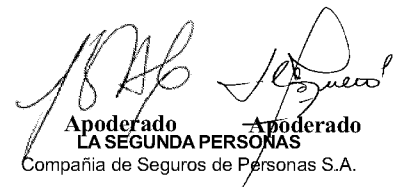
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	380	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41356804 F.N:20/12/98Asegurado: SANDOVAL, BRISA CANDELA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.


RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado

constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

El pago de la suma total asegurada por incapacidad permanente total o por una suma de incapacidades permanentes parciales a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, agota la cobertura brindada por este contrato, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 2. El beneficio acordado por invalidez permanente es sustitutivo de la suma asegurada que debiera liquidarse en caso de muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por invalidez permanente resulta coincidente con el de muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.

Si el monto abonado por invalidez resultara inferior a la suma asegurada por muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por invalidez permanente.

**DENUNCIA Y COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ**

Cláusula 3. Ocurrido el accidente que diera lugar a la invalidez permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:

Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su invalidez permanente: su comienzo, gravedad y causas.

Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.

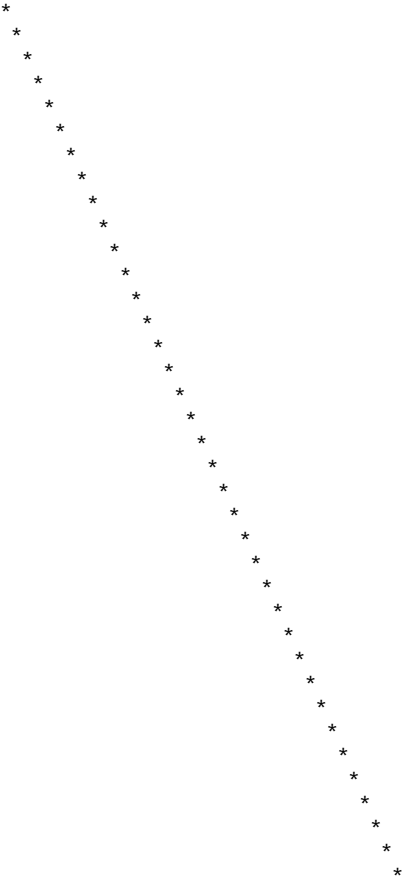
El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del accidente determinante de la invalidez permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

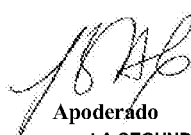
**CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN POR EL ASEGURADOR ¿ PLAZO DE PRUEBA**


Cláusula 4. El Asegurador, dentro de los 15 (quince) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones y constancias requeridas no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la invalidez, a su carácter permanente o al grado de la misma, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.



  
Apoderado

  
Apoderado

**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	381	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEU

CUIT / CUIL / DNI: 30586762199

Condición de IVA: EXENTO

Ingresos Brutos: EXENTO

Sellado Pcial.: 100% NEU

D.N.I. 37414015 F.N:26/05/93

Asegurado: SANTOMARTINO MARTOS, DAIANA JANET  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.


RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	382	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41476207 F.N:29/09/98Asegurado: SEIVAL, AIXA DANIELA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

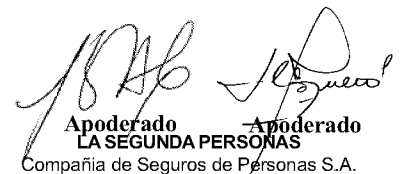
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	
<b>CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO</b>	
CE-1, CE-2 <b>Seguro:</b> COLECTIVO PREMIUM.	
<b>PREMIO CERTIFICADO:</b> \$4.270,80	

Agencia: CAMPUSANO, MARIA CECILIA  
7967 JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863  
8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)

Matrícula: 77486

Zona: MORENO, RAUL EDUARDO  
80 DR F LELOIR 703  
8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)

Matrícula: 64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	383	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 37994830 F.N:19/06/94Asegurado: TOVANI, MACARENA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

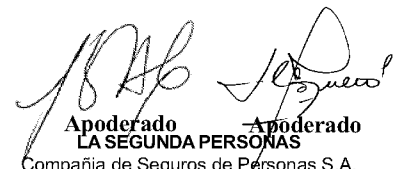
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	384	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 34811446 F.N:24/11/89Asegurado: TRAVNIK, GABRIELA NADINA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

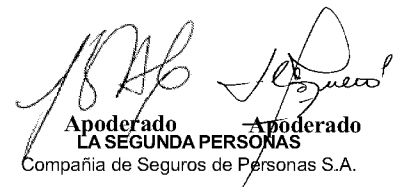
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).



**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	385	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

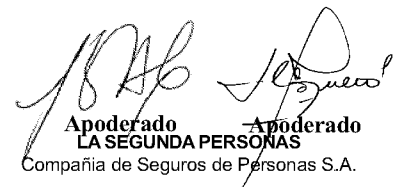
**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41420413 F.N:03/07/99Asegurado: TURAN, FIAMA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.


RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**CE-1, CE-2  
**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



Apoderado Apoderado  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	386	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 40293500 F.N:02/03/97Asegurado: VARGAS LUZ CLARA, NATALI PAULA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.


RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	387	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 34662580 F.N:01/05/89Asegurado: VARGAS, VERONICA MERCEDES  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
--------------------	--

MUERTE	CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC	CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA	CE-3	\$ 3,000,000

Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12) CE12

**OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:** Administrativos**BENEFICIARIOS:**


HEREDEROS LEGALES

**COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO****"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"****CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	388	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	


**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 43137904 F.N:07/04/01Asegurado: VEÑY, LUJAN  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.


RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**CE-1, CE-2  
**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	389	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 96256970 F.N:05/12/00Asegurado: VICTORIANO REYES , MARIANA FERNANDA  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.


RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**


CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.

 <<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.  
Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado





**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	390	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 41193951 F.N:02/02/99Asegurado: ZARATE, DALIANA MARLENE  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

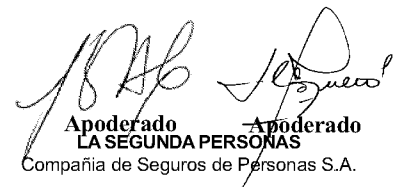
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado



**POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES**

Alta Certificado

Emitida en Rosario, a los 11 días del mes de Abril de 2024

N° POLIZA FACTURA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 12 Hs. del	Hasta las 12 Hs. del	CERTIFICADO N°	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.143.983	05-04-2024	16-12-2024	391	003	50.143.983	3.897.836
			Periodo: 255 DIAS	Cantidad de cuotas:	1	

**INFORMACION DEL TOMADOR Y ASEGURADO**Tomador: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
BUENAS AIRES 1400,  
8300 NEUQUEN-NEUCUIT / CUIL / DNI: 30586762199  
Condición de IVA: EXENTO  
Ingresos Brutos: EXENTO  
Sellado Pcial.: 100% NEU  
D.N.I. 42166053 F.N:28/02/00Asegurado: MORALES, JORGE MATTIAS  
S/D S/N,  
8300 NEUQUEN-NEU

Certificamos que, sobre la propuesta presentada, La Segunda Compañía de personas S.A. ampara al Asegurado que se consigna, rigiendo las condiciones Generales y Particulares estipuladas en las póliza de referencia, para el riesgo y cobertura que a continuación se detalla.

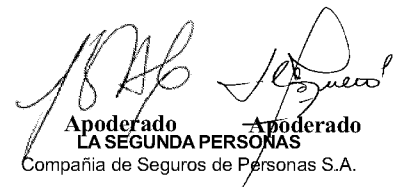
RIESGOS ASEGURADOS	SUMAS ASEGURADAS TOTALES POR COBERTURA
MUERTE CE-1	\$ 3,000,000
INVALIDEZ PERMANENTE TOT/PARC CE-2	\$ 3,000,000
ASISTENCIA MEDICO FARMACEUTICA CE-3	\$ 3,000,000
Posee % de Franquicia en la Asist.Med.Farm. (Cláusula Adicional Número 12)	CE12
<b>OCUPACIÓN DECLARADA TOMADOR/ASEGURADO:</b> Administrativos	
<b>BENEFICIARIOS:</b> HEREDEROS LEGALES	
<b>COND. DE COBERTURA DE PÓLIZA DEFINIDAS A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PRESENTE SUPLEMENTO</b>	
<b>"La edad limite de permanencia en la presente póliza es de 80 años"</b>	

**CLAUSULAS ADICIONALES Y ANEXOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO**

CE-1, CE-2

**Seguro:** COLECTIVO PREMIUM.**PREMIO CERTIFICADO:** \$4.270,80

Agencia: 7967	CAMPUSANO, MARIA CECILIA JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863 8324 CIPOLLETTI-RNE (RIO NEGRO)	Matrícula:	77486
Zona: 80	MORENO, RAUL EDUARDO DR F LELLOIR 703 8300 NEUQUEN-NEU (NEUQUEN)	Matrícula:	64353



**Apoderado** **Apoderado**  
**LA SEGUNDA PERSONAS**  
Compañía de Seguros de Personas S.A.



<<COMUNICACIÓN AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en éste <<Certificado de Incorporación>> tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.>>  
<<SEÑOR ASEGURADO: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiario, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad>>  
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. Del Reglamento General de la Actividad Aseguradora  
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.lasegunda.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.  
A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora. El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.248 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

www.lasegunda.com.ar Para consultas o reclamos, comunicarse con La Segunda Compañía de Personas S.A. al 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).

**CE-1: DEFINICIONES**

Cláusula 1. A los fines de la presente póliza los términos que se indican a continuación tendrán los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente.

**RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 2. El riesgo amparado es el de muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

El Asegurador indemnizará a el o a los beneficiarios la suma asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares o en el Certificado individual, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a 2 (dos) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la suma asegurada establecida en la presente póliza para el caso de muerte. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

**CARÁCTER DEL BENEFICIO**

Cláusula 3. Si el accidente causare la muerte del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente a muerte en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de invalidez eventualmente incluidas en la póliza, como consecuencia de un accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.

En caso de muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

**DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO**

Cláusula 4. Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto, los beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 7 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos: Copia de la partida de defunción.

Declaración de médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte.

Denuncia policial, si correspondiere.

El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

Copia de documento de identidad de los beneficiarios designados o declaratoria de herederos.

**CE-2: RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE COBERTURA**

Cláusula 1. El riesgo amparado es la invalidez permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha de ocurrencia del accidente.

Si el accidente causare una invalidez permanente determinada con prescindencia absoluta de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una indemnización igual al porcentaje que corresponda, sobre la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida según se indica en la Tabla de Valoración para Invalidez permanente.

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o inhabilitación funcional total o definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional.

Para la evaluación de la incapacidad producto de un único accidente, se empleará el criterio de capacidad restante, utilizando aquella de mayor magnitud para comenzar con la evaluación y continuando de mayor a menor con el resto de las incapacidades medibles, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total y permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con los casos previstos y siempre independientemente de la profesión y ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en cuenta a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravarán y, durante el transcurso de los 12 (doce) meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionarán otra/s pérdida/s, el Asegurador abonará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin exceder el máximo de la cobertura.

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado









Colectivo Premium.

PERSONAS

COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Clave Banelco: 030003897836 Clave Link: 030003897836

Expediente	Cia	Ramo	Póliza	Movimiento	Cuota
3.897.836	117	201	50.143.983	003	01/01
1° Vencimiento	2° Vencimiento	Iva s/Rec Fin. (*1)		Importe	
05/04/2024		\$1.021,81		\$269.060,38	
Tomador			Agencia		
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMA			CAMPUSANO, MARIA CECILIA		
BUENAS AIRES 1400			JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863		
8300 NEUQUEN-NEU			8324 CIPOLLETTI-RNE		



Colectivo Premium.

PERSONAS

COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Cia	Ramo	Póliza	Mov	Cuota
117	201	50.143.983	003	01/01
1° Vencimiento	2° Vencimiento	Importe		
05/04/2024	05/05/2024	\$269.060,38		
Tomador		Agencia		
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMA		CAMPUSANO, MARIA CECILIA		
BUENAS AIRES 1400		JUAN DE DIOS FILIBERTO 1863		
8300 NEUQUEN-NEU		8324 CIPOLLETTI-RNE		

Tomador
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMA
BUENAS AIRES 1400
8300 NEUQUEN-NEU
Agencia
7967 CAMPUSANO, MARIA CECILIA



Para control de autoridad competente  
COBERTURA HASTA 16/12/2024

(\*1) Dto.692/98 Asegurado

117-030-50143983-003-01-050524-026906038-03897836-001-1

Fecha Emisión: 11/04/2024 030/03897836/003/300050143983003001 Entidad Cobradora

**Medios habilitados de cobranza: pólizas en Pesos**

**Recaudación en Ventanilla:** Banco de Córdoba, Banco de La Pampa, Santa Fe Servicios, ProvinciaNet, Rapipago, Ripsa, Cobro Express, Pago Fácil.

**Internet:** pagomiscuentas.com, pagoslink.com.ar, app NetVos con Mercado Pago

**Débito Automático:** AgroNación, American Express, BBPS, Cabal, COYSPU, Crediclub, Diners, Elebar, Favacard, Galicia Rural, Mastercard, Marcos Juarez, Naranja, Nativa, Nevada, Patagonia 365, TDF, Tarjeta del Centro, Visa, CBU Bancario.

**En nuestras Agencias:** Sistema de recaudación de LA SEGUNDA homologado por la S.S.N.

**Medios habilitados de cobranza: pólizas en moneda extranjera**

Débito Automático o en nuestras Agencias.

**Medios habilitados de cobranza: pólizas de Riesgos Agrícolas**

Posnet: AgroNación, Galicia Rural, AgroCabal, Visa Agro, Procampo y en nuestras agencias.

*La cancelación del presente recibo sólo tendrá validez si se encuentra intervenido por cualquiera de los medios habilitados enumerados precedentemente.*