FRENTE DE PÓLIZA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 5218123

**Productor: 2981 LAFUENTE CARLOS ALBERTO Matrícula SSN: 5264 AG: 2**

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 03-11-2018 | Hasta 12:00 Hs. del del 03-11-2019 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 365 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 4706585 | 29-10-2018 |

## DATOS DEL TOMADOR

**NOMBRE** BIAGINI ALEJANDRO DAMIAN
**DOMICILIO** P GOYENA N* 3480
**LOCALIDAD** OLIVOS
**CÓDIGO POSTAL** 1636
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20300775277 / 30077527
**ASEGURADO NRO.** 2533963

**FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO. Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.**
FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

## PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

| NÚMERO | VENCIMIENTO | IMPORTE |
|---|---|---|
| 1/12 | 03-11-2018 | $ 110.00 |
| 2/12 | 03-12-2018 | $ 110.00 |
| 3/12 | 03-01-2019 | $ 110.00 |
| 4/12 | 03-02-2019 | $ 110.00 |
| 5/12 | 03-03-2019 | $ 110.00 |
| 6/12 | 03-04-2019 | $ 110.00 |
| 7/12 | 03-05-2019 | $ 110.00 |
| 8/12 | 03-06-2019 | $ 110.00 |
| 9/12 | 03-07-2019 | $ 110.00 |
| 10/12 | 03-08-2019 | $ 110.00 |
| 11/12 | 03-09-2019 | $ 110.00 |
| 12/12 | 03-10-2019 | $ 111.08 |
| **TOTAL:** | | **$ 1,321.08** |

## PERÍODO FACTURADO

| | |
|---|---|
| 03-11-2018 | 03-11-2019 |

Pago del Impuesto de sellos de $ 0 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

## LIQUIDACION DEL PREMIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PRIMA** $ 946.44 | | | |
| **I.V.A.** $ 227.21 | **SELLADO** $ 0.00 | **OTROS IMP. Y TASAS** $ 11.90 | |
| **PREMIO DEL ENDOSO** $ 1,321.08 | | | |
| **MONEDA CONTRATO** PESOS | **TEA** 35.00% | **CARGO FINANCIERO** $ 135.53 | |

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Hecha y firmada en La Plata el 29 de Octubre de 2018

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reg. General de la Actividad Aseguradora.
La compañía de seguros 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, y los tramitará en un plazo máximo de 30 días hábiles desde su presentación. De transcurrir el plazo sin que haya sido resuelto, o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. Dirigiéndose a: Julio A. Roca 721 (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs., o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400, o por correo electrónico a: consultasydenuncias@ssn.gob.ar

**Gerente General**

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N 105153

## FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERA...

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 5218123

**CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I | A | A1 | II | 1 | 2 | 20 |

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO) | DATOS RELEVANTES |
|---|---|
| **010 MUERTE ACCIDENTAL** | **SUMA ASEG. INDIVIDUAL** |
| | $ 164,640.00 |
| **020 INVALIDEZ** | **SUMA ASEG. INDIVIDUAL** |
| | $ 164,640.00 |

**OCUPACION** CHOFER DE TRANSPORTE ESCOLAR (CAT. 3)
**USO DE MOTOCICLETAS IN ITINERE** NO APLICA

**LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.**

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

**Cantidad de asegurados vigentes: 1**
**IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA**

**CLAUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION**

**El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud.**
**Se instituye beneficiario en primer término a éstas personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservaran su derecho solo sobre el saldo de la prestación:**
**a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados.**
**b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.**
**Previa citación a las mismas para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se harán directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.**
**Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados**

**Empresa: ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESC - cuit: 30529826806**
**Empresa: MUNICIPALIDAD DE VICENTE LOPEZ - cuit: 30999006058**

ACTIVIDAD: CHOFER TRANSPORTE ESCOLAR

---

**En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución N° 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.**

---

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

## FRENTE DE PÓLIZA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 5218123

**Productor: 2981 LAFUENTE CARLOS ALBERTO Matrícula SSN: 5264 AG: 2**

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 01-04-2019 | Hasta 12:00 Hs. del 03-11-2019 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 216 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 2 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 4706585 | 01-04-2019 |

### DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

**NOMBRE** BIAGINI ALEJANDRO DAMIAN
**DOMICILIO** P GOYENA N* 3480
**LOCALIDAD** OLIVOS
**CÓDIGO POSTAL** 1636
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20300775277 / 30077527
**ASEGURADO NRO.** 2533963

**FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO.**
**Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.**
FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

### PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

| NÚMERO | VENCIMIENTO | IMPORTE |
|---|---|---|
| 1/6 | 03-05-2019 | $ 94.00 |
| 2/6 | 03-06-2019 | $ 94.00 |
| 3/6 | 03-07-2019 | $ 94.00 |
| 4/6 | 03-08-2019 | $ 94.00 |
| 5/6 | 03-09-2019 | $ 94.00 |
| 6/6 | 03-10-2019 | $ 92.87 |
| **TOTAL:** | | **$ 562.87** |

### PERÍODO FACTURADO

| | |
|---|---|
| 01-04-2019 | 03-11-2019 |

Pago del Impuesto de sellos de $ 0 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

### LIQUIDACION DEL PREMIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PRIMA** $ 419.08 | | | |
| **I.V.A.** $ 96.81 | **SELLADO** $ 0.00 | **OTROS IMP. Y TASAS** $ 5.07 | |
| **PREMIO DEL ENDOSO** $ 562.87 | | | |
| **MONEDA CONTRATO** PESOS | **TEA** 59.70% | **CARGO FINANCIERO** $ 41.91 | |

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Hecha y firmada en La Plata el 01 de Abril de 2019

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reg. 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.fedpat.com.ar/informacion-util/servicio-atencion-al-asegurado
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.
**Para consultas o reclamos, comunicarse con FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A., al teléfono 221-4290200**

**Cr. Edgardo Jorge Del Pecho**
**Gerente General**

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N° 105153

**SELF**

## FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 5218123

**CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | I3 | A | A1 | III | 1 | 2 | 4 |
| 20 | | | | | | | |

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO) | DATOS RELEVANTES |
|---|---|
| 010 MUERTE ACCIDENTAL | SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 500,000.00 |
| 020 INVALIDEZ | SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 500,000.00 |
| 040 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA | SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 30,000.00 |

La franquicia en la cobertura de asistencia medica y farmaceutica es de $ 500.-

**OCUPACION** CHOFER DE TRANSPORTE ESCOLAR (CAT. 3)
**USO DE MOTOCICLETAS IN ITINERE** NO APLICA

**La franquicia en la cobertura de asistencia medica y farmaceutica es de $ 500.-**

**LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 70 años y la edad límite de permanencia es hasta los 71 años.**

PROTESIS BUCODENTALES
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo afectada como consecuencia inmediata de un accidente.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6° de la Resolución General N° 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

**Cantidad de asegurados vigentes: 1**
**IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA**

**CLAUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION**

**El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud.**
**Se instituye beneficiario en primer término a éstas personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservaran su derecho solo sobre el saldo de la prestación:**
**a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados.**
**b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.**
**Previa citación a las mismas para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se harán directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.**
**Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados**

**Empresa: ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESC - cuit: 30529826806**
**Empresa: MUNICIPALIDAD DE VICENTE LOPEZ - cuit: 30999006058**

ACTIVIDAD: CHOFER TRANSPORTE ESCOLAR

**En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución N° 28/2018 de la Unidad de Información Financiera.**

SELF