FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.

Tel:(0221)429-0200 - Fax:(0221)429-0229
Avda 51 nro. 770/789 - LA PLATA(1900)
http://www.fedpat.com.ar

Certificado de Cobertura

ACCIDENTES PERSONALES

C A R R 3 0 9

POLIZA: 5977464 **CERTIFICADO:** 0 **ENDOSO:** 0

DATOS DEL CONTRATANTE

HOFFMAN MARTIN **DNI** 28108195 **MATRICULA:** 3263893

DOMICILIO: BERUTI Nro.1350 Piso Depto. SAN MARTIN (GBA) CP 1650

VIGENCIA DESDE: 08-06-2020 **FACTURACION:** ANUAL

VIGENCIA HASTA: 08-06-2021 **MONEDA:** $ PESOS

DESCRIPCION DEL OBJETO DEL SEGURO

PRODUCTOR: 28443 LUCERO JUAN MARCELO **AGENCIA:** SAN MARTIN

RIESGO CUBIERTO: PLAN

INVALIDEZ	300,000.00	MUERTE ACCIDENTAL	300,000.00
ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRAN	50,000.00		

NOMINA:

DNI 29218318 LAMI CESAR ADRIAN
DNI 28108195 HOFFMAN MARTIN
DNI 36988109 HOFFMAN SIMON

CLAUSULA DE NO REPETICION: Esta Aseguradora se obliga a mantener indemne a AKAPOL SOCIEDAD ANONIMA (Cuit 30504065207) dentro de los alcances en la presente poliza , renunciando al derecho de ejercer la accion de repeticion y en consecuencia no se subrogara en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionar contra AKAPOL SOCIEDAD ANONIMA (Cuit 30504065207) y/o sus directores, y/o empleados.- -

Se extiende el presente certificado en la ciudad de SAN MARTIN,a los 03 dias del mes de MAYO de 2021, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

IMPORTANTE:LA EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO IMPLICA RENUNCIAR A OPONER LA SUSPENSION O CADUCIDAD DE LA COBERTURA POR CONDICION DE POLIZA.-

ADVERTENCIA AL ASEGURADO: El presente es un instrumento provisorio dentro de los quince (15) dias corridos, contados a partir de su fecha de emision, debera requerirse la entrega de la poliza respectiva.

LOGALARZ

Cr. Edgardo Jorge del Pecho
Gerente General

ANEXO 20

POLIZA: 5977464 **CERTIFICADO:** 0

DATOS DEL CONTRATANTE

HOFFMAN MARTIN **MATRICULA:** 3263893

DOMICILIO: BERUTI Nro.1350 Piso Depto. SAN MARTIN (GBA) CP 1650

CARR309

BENEFICIARIOS

ASEGURADO	NOMBRE DE BENEFICIARIO	DOCUMENTO	% DE PARTICIPACION

.

.

LOGALARZ

Cr. Edgardo Jorge del Pecho
Gerente General

TEXTOS **POLIZA:** 5977464 **CERTIFICADO:** 0

DATOS DEL CONTRATANTE

HOFFMAN MARTIN **MATRICULA:** 3263893

DOMICILIO: BERUTI Nro.1350 Piso Depto. SAN MARTIN (GBA) CP 1650

CARR309

.

.

LOGALARZ

Cr. Edgardo Jorge del Pecho
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 5977464 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-04-2021	Hasta 12:00 Hs. del 08-06-2021
Término (en días)	**Plan**
55	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	14-04-2021

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE HOFFMAN MARTIN
DOMICILIO BERUTI N* 1350
LOCALIDAD SAN MARTIN (GBA)
CÓDIGO POSTAL 1650
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20281081951 / 28108195
ASEGURADO NRO. 3263893

CERTIFICADO: 1 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **HOFFMAN MARTIN - DOCUMENTO: DNI 28108195 - FE NACIMIENTO: 13-04-1980 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	750,000.00
020	INVALIDEZ	$	750,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	50,000.00

OCUPACION Aire Acondicionado con coloc (hasta 4 metros de Altura)

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.

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.
Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:

Póliza 5977464 / 1 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Asegurado: 7968073 HOFFMAN MARTIN
Domicilio: BERUTI N* 1350 SAN MARTIN (GBA) CP 1650 BUENOS AIRES

Vigencia desde 14-04-2021 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 08-06-2021 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 5977464 - 1 - 4 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático Tarjeta VISA Nº 4541...1577

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Gerente General

Ag: 9 Org: 13105 Prod: 28443 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 5977464 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-04-2021	Hasta 12:00 Hs. del 08-06-2021
Término (en días)	**Plan**
55	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	14-04-2021

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE HOFFMAN MARTIN
DOMICILIO BERUTI N* 1350
LOCALIDAD SAN MARTIN (GBA)
CÓDIGO POSTAL 1650
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20281081951 / 28108195
ASEGURADO NRO. 3263893

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 14 días del mes de ABRIL de 2021, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 5977464 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-04-2021	Hasta 12:00 Hs. del 08-06-2021
Término (en días)	**Plan**
55	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	14-04-2021

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE HOFFMAN MARTIN
DOMICILIO BERUTI N* 1350
LOCALIDAD SAN MARTIN (GBA)
CÓDIGO POSTAL 1650
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20281081951 / 28108195
ASEGURADO NRO. 3263893

CERTIFICADO: 2 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **HOFFMAN SIMON - DOCUMENTO: DNI 36988109 - FE NACIMIENTO: 28-06-1992 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	750,000.00
020	INVALIDEZ	$	750,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	50,000.00

OCUPACION Aire Acondicionado con coloc (hasta 4 metros de Altura)

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.

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.
Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:

Póliza 5977464 / 2 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Asegurado: 7968074 HOFFMAN SIMON
Domicilio: BERUTI N* 1350 SAN MARTIN (GBA) CP 1650 BUENOS AIRES

Vigencia desde 14-04-2021 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 08-06-2021 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 5977464 - 2 - 4 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático Tarjeta VISA Nº 4541...1577

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Gerente General

Ag: 9 Org: 13105 Prod: 28443 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 5977464 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-04-2021	Hasta 12:00 Hs. del 08-06-2021
Término (en días)	**Plan**
55	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	14-04-2021

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE HOFFMAN MARTIN
DOMICILIO BERUTI N* 1350
LOCALIDAD SAN MARTIN (GBA)
CÓDIGO POSTAL 1650
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20281081951 / 28108195
ASEGURADO NRO. 3263893

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 14 días del mes de ABRIL de 2021, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 5977464 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-04-2021	Hasta 12:00 Hs. del 08-06-2021
Término (en días)	**Plan**
55	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	14-04-2021

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE HOFFMAN MARTIN
DOMICILIO BERUTI N* 1350
LOCALIDAD SAN MARTIN (GBA)
CÓDIGO POSTAL 1650
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20281081951 / 28108195
ASEGURADO NRO. 3263893

CERTIFICADO: 4 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: **LAMI CESAR ADRIAN - DOCUMENTO: DNI 29218318 - FE NACIMIENTO: 18-07-1982 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	750,000.00
020	INVALIDEZ	$	750,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	50,000.00

OCUPACION Aire Acondicionado con coloc (hasta 4 metros de Altura)

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.

Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.
Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.

Comunicaciones al Asegurado:

Póliza 5977464 / 4

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Asegurado: 8538398 LAMI CESAR ADRIAN

Domicilio: BERUTI N* 1350 SAN MARTIN (GBA) CP 1650 BUENOS AIRES

Vigencia desde 14-04-2021 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 08-06-2021 Hasta 12:00 Hs.

Plan de Cobertura 100 - PLAN BASICO

Póliza 5977464 - 4 - 4

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático Tarjeta VISA Nº 4541...1577

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

Gerente General

Ag: 9 Org: 13105 Prod: 28443 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 5977464 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-04-2021	Hasta 12:00 Hs. del 08-06-2021
Término (en días)	**Plan**
55	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	14-04-2021

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE HOFFMAN MARTIN
DOMICILIO BERUTI N* 1350
LOCALIDAD SAN MARTIN (GBA)
CÓDIGO POSTAL 1650
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20281081951 / 28108195
ASEGURADO NRO. 3263893

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 14 días del mes de ABRIL de 2021, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



Gerente General

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 5977464

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-04-2021	Hasta 12:00 Hs. del 08-06-2021
Término (en días)	**Plan**
55	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	14-04-2021

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE HOFFMAN MARTIN
DOMICILIO BERUTI N* 1350
LOCALIDAD SAN MARTIN (GBA)
CÓDIGO POSTAL 1650
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20281081951 / 28108195
ASEGURADO NRO. 3263893

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	750,000.00
020	INVALIDEZ	$	750,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	50,000.00

OCUPACION Aire Acondicionado con coloc (hasta 4 metros de Altura)

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.

ALTA PERSONAL

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
4	DNI 29218318	LAMI CESAR ADRIAN	18-07-1982	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
1	DNI 28108195	HOFFMAN MARTIN	13-04-1980	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
2	DNI 36988109	HOFFMAN SIMON	28-06-1992	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 28108195	HOFFMAN MARTIN	13-04-1980	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
2	DNI 36988109	HOFFMAN SIMON	28-06-1992	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
4	DNI 29218318	LAMI CESAR ADRIAN	18-07-1982	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

Cantidad: 3

AKAPOL SOCIEDAD ANONIMA (Cuit 30504065207)

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 14 días del mes de ABRIL de 2021, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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

IMPORTANTE: LA EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO IMPLICA RENUNCIAR A OPONER LA SUSPENSION O CADUCIDAD DE LA COBERTURA POR CONDICION DE POLIZA.-

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 5977464

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-04-2021	Hasta 12:00 Hs. del 08-06-2021
Término (en días)	**Plan**
55	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	14-04-2021

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE HOFFMAN MARTIN
DOMICILIO BERUTI N* 1350
LOCALIDAD SAN MARTIN (GBA)
CÓDIGO POSTAL 1650
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20281081951 / 28108195
ASEGURADO NRO. 3263893



Gerente General