FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

# CERTIFICADO DE COBERTURA

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 6898058

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 14-07-2022 | Hasta 12:00 Hs. del 15-01-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 185 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 1 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 6304569 | 14-07-2022 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** LOPES HECTOR
**DOMICILIO** DR MARIANO MORENO N* 1150
**LOCALIDAD** MARCOS PAZ
**CÓDIGO POSTAL** 1727
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** INSCRIPTO
**CUIT/DNI** 20295631350 / 29563135
**ASEGURADO NRO.** 1484411

## RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

| * RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| **010** | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 4,000,000.00 |
| **020** | INVALIDEZ | $ | 4,000,000.00 |
| **050** | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 4,000,000.00 |
| **070** | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 1,000.00 |
| **080** | GASTOS DE SEPELIO | $ | 181,500.00 |

**OCUPACION** Trabajos de electricidad (hasta 10 metros de altura)

CLAUSULA DE NO REPETICION ( No Subrogación).

Esta Aseguradora se obliga a mantener indemne las personas o empresas que se mencionan mas abajo; 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.-

PERSONAS Y/O EMPRESAS:
-TELEFONICA DE ARGENTINA S.A - CUIT:30639453975
-TELEFONICA MOVILES ARGENTINA S.A - CUIT:30678814357

BENEFICIARIOS/COASEGURADOS:

El presente seguro cubre los accidentes que sufra él o las personas indicadas en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas y/o empresas mencionadas mas abajo, o mientras tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud.
Se instituye beneficiario en primer término a estas personas o empresas, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservaran su derecho 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 sufriera el o los asegurados.
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o a la salud del o los asegurados, cuando este o estos sufrieran accidentes cubiertos por la póliza.
Previa citación a los mismos 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 al o los asegurados o al o los beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

PERSONAS/EMPRESAS:
-TELEFONICA DE ARGENTINA S.A - CUIT:30639453975
-TELEFONICA MOVILES ARGENTINA S.A - CUIT:30678814357

SERVICIO DE ATENCION TELEFONICA PARA CONSULTAS SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: La presente póliza incluye con carácter de beneficio y sin costo adicional un servicio de atención telefonica para consultas relacionadas a la prevención de accidentes durante la actividad laboral. Para hacer uso del servicio, el contratante de la póliza deberá comunicarse al número 0810 333 5588 de Lunes a Viernes en el horario de 8:30Hs a 16:00Hs.

**LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 65 años y la edad límite de permanencia es hasta los 66 años.**

*** * * * CLAUSULA PARA TRABAJOS EN ALTURA * * * ***
**==========**

**Queda expresamente entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en la Clausula 6, inciso q), de las Condiciones Generales Comunes, el presente seguro cubre también los Accidentes derivados de la realización de trabajos en alturas superiores a los 6 (seis) metros. En tales casos, la cobertura solo procederá en la medida que los trabajos que deba realizar el Asegurado sean efectuados observando las medidas de seguridad exigidas por las normas de higiene y seguridad en el trabajo vigentes al momento del Accidente. En caso que el Accidente se vea facilitado por el incumplimiento a estas normas, el Asegurador no abonara indemnización alguna.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR.**
**LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL,**

# CERTIFICADO DE COBERTURA

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 6898058

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 14-07-2022 | Hasta 12:00 Hs. del 15-01-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 185 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 1 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 6304569 | 14-07-2022 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** LOPES HECTOR
**DOMICILIO** DR MARIANO MORENO N* 1150
**LOCALIDAD** MARCOS PAZ
**CÓDIGO POSTAL** 1727
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** INSCRIPTO
**CUIT/DNI** 20295631350 / 29563135
**ASEGURADO NRO.** 1484411

**LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION.**
**TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN: Se establece un plazo de espera de 3 días. Período máximo de cobertura treinta (30) días, abonandose desde el primero superado el plazo de espera.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

EN CASO DE ACCIDENTE COMUNICARSE CON NUESTRO DE CENTRO DE ASISTENCIA PRESTACIONAL AL TELEFONO 0800-222-3123
La cobertura de asistencia médica de este seguro es de carácter prestacional, de conformidad con las definiciones establecidas en las "Condiciones Específicas Cobertura de Servicios Médicos (5)". No obstante el asegurado puede requerir la atención de un Prestador Médico no incluido en el listado, en cuyo caso serán válidas las definiciones establecidas en las "Condiciones Específicas Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos (4)", estas modalidades de atención son excluyentes entre sí.

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.

ACCIDENTES PUNZOCORTANTES / SEROLOGICOS:
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en el Anexo I, Punto u), de las Condiciones Generales Comunes-Exclusiones, la presente póliza ampara en forma excepcional y solamente para la cobertura de Asistencia Médico -Farmaceutica, los análisis de serología de HIV-SIDA y HEPATITIS B, y el eventual tratamiento antirretroviral en profilaxis posterior al episodio llevados a cabo por la autoridad médica que a tal efecto designe esta aseguradora. La atención se dará durante las 24 horas mediante el llamado al siguiente teléfono: 0800-222-3123.

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**

## CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 6898058

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 14-07-2022 | Hasta 12:00 Hs. del 15-01-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 185 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 1 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 6304569 | 14-07-2022 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** LOPES HECTOR
**DOMICILIO** DR MARIANO MORENO N* 1150
**LOCALIDAD** MARCOS PAZ
**CÓDIGO POSTAL** 1727
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** INSCRIPTO
**CUIT/DNI** 20295631350 / 29563135
**ASEGURADO NRO.** 1484411

### ALTA PERSONAL

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 29563135 | LOPES HECTOR | 09-08-1982 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |

### NOMINA ACTIVA

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 29563135 | LOPES HECTOR | 09-08-1982 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |

**Cantidad: 1**

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 conservarán 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.-
PERSONAS Y/O EMPRESAS:

**Empresa: AMX ARGENTINA SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663288497**
**Empresa: CONSORCIO DE PROPIETARIOS EDIF - cuit: 30709081698**
**Empresa: BANCO ITAU ARGENTINA S A - cuit: 30580189411**
**Empresa: ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESC - cuit: 30529826806**
**Empresa: ZURICH ARGENTINA COMPAÑIA DE S - cuit: 30500049770**
**Empresa: ZURICH INTERNATIONAL LIFE LIMI - cuit: 30679657158**
**Empresa: ZURICH LATIN AMERICAN SERVICES - cuit: 30711623783**
**Empresa: INDUSTRIAL AND COMMERCIAL BANK - cuit: 30709447846**
**Empresa: MAPFRE ARGENTINA SEGUROS SOCIE - cuit: 30500007539**
**Empresa: GESTAM ARGENTINA SA - cuit: 30679636037**
**Empresa: ZURICH SANTANDER SEGUROS ARGEN - cuit: 30698965459**
**Empresa: MAPFRE ARGENTINA A.R.T. SA - cuit: 30686490897**
**Empresa: CLUB MAPFRE SA - cuit: 30710085052**
**Empresa: MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA - cuit: 33700893729**
**Empresa: CUSHMAN WAKEFIELD ARGENTINA S.A - cuit: 30707382305**

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 15 días del mes de JULIO de 2022, 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. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 6898058

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 14-07-2022 | Hasta 12:00 Hs. del 15-01-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 185 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 1 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 6304569 | 14-07-2022 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** LOPES HECTOR
**DOMICILIO** DR MARIANO MORENO N* 1150
**LOCALIDAD** MARCOS PAZ
**CÓDIGO POSTAL** 1727
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** INSCRIPTO
**CUIT/DNI** 20295631350 / 29563135
**ASEGURADO NRO.** 1484411



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**