Impreso el dia 02-02-2023

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7543430

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 02-02-2023	Hasta 12:00 Hs. del 17-02-2023
Término (en días)	**Plan**
15	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7434378	02-02-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE OVIEDO JUAN GREGORIO
DOMICILIO DIAZ COLODRERO N* 2066
LOCALIDAD GONZALEZ CATAN
CÓDIGO POSTAL 1759
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA MONOTRIBUTO
CUIT/DNI 20169746525 / 16974652
ASEGURADO NRO. 1954925

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS
010	MUERTE ACCIDENTAL	$ 5,800,000.00
020	INVALIDEZ	$ 5,800,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$ 5,800,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$ 3,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$ 200,000.00

OCUPACION PLOMERO HASTA 6 MTS. 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.

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre		
1	DNI 16974652	OVIEDO JUAN GREGORIO	22-10-1963	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: BANCO SUPERVIELLE SOCIEDAD ANO - cuit: 33500005179

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 02 días del mes de FEBRERO de 2023, 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.-



Diego Fernando Vallina
Gerente General