FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

# Certificado de Afiliación

ART R3090 0

## ART

**PÓLIZA:** 5193344

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma IGLESIAS SILVIA LILIANA con CUIT 27207621728, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A., de acuerdo a las siguientes condiciones:

**PÓLIZA N°:** 5193344

**A) VIGENCIA DESDE:** 18-12-2021 **(*) VIGENCIA HASTA:** 31-12-2023

**B) ACTIVIDAD:** Construcción, reforma y reparación de obras de in **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 421000

**C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:**

**Se adjunta nomina del personal**

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES CUIT 30-52982680-6, sus funcionarios, empleados u obreros, bien sea con fundamento en el Art. 39.5 de la Ley 24557 y sus modificatorias o en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex dependiente de IGLESIAS SILVIA LILIANA, alcanzados por la cobertura del presente contrato de afiliación, ya sea por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales sufridos o contraídos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo.

Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 31 días de Mayo de 2023 para ser presentado ante quien corresponda.
El presente certificado tiene una vigencia de 30 días a partir de la fecha de emisión.

**Sr. Empleador:**

**Toda comunicación fehaciente que se envié desde esta A.R.T. se realizará por el Sistema de Ventanilla Electrónica por ello le recordamos que se encuentra vigente la Resolución S.R.T. N° 635/08 y su modificatoria Resolución SRT Nº 365/09 (Sistema de Ventanilla Electrónica para Empleadores), para poder adherirse debe ingresar con su clave fiscal al sitio http://www.srt.gov.ar/servicios/ventanilla/ventanilla.htm**

**(*) Regimen General vigencia desde: 01-09-2022**

**CARLOS H. MONTENERO**
**Jefe de Producción ART**

**FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.**

# LISTADO DE LA NOMINA

**CUIT:** 27207621728 **FECHA:** 31-05-2023

**RAZON SOCIAL:** IGLESIAS SILVIA LILIANA

**PÓLIZA N°:** 5193344

| APELLIDO Y NOMBRE | CUIL | ITEM | ESTADO | ULTIMO SALARIO |
|---|---|---|---|---|
| LEONARDO JAVIER SANDOVAL | 20-26892162-2 | | | |
| AGUSTIN NICOLAS MORENO | 23-45204927-9 | | | |
| RITO ABEL ALTAMIRANO | 20-40262021-9 | | | |
| MAXIMILIANO DARIO HOYOS | 20-41195027-2 | | | |
| ALBERTO MIGUEL ÁNGEL BENÍTEZ | 20-46247448-3 | | | |
| LEONARDO MATIAS BORGOGNO | 20-33223645-9 | | | |

**CARLOS H. MONTENERO**
**Jefe de Producción ART**

Impreso el dia 06-06-2023

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

# CERTIFICADO DE COBERTURA

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 12 - 7775613

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-06-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 12-04-2024 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 311 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 1 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-06-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** MORENO AGUSTIN NICOLAS
**DOMICILIO** SOMELLERA N* 223
**LOCALIDAD** VILLA ROSA
**CÓDIGO POSTAL** 1731
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 23452049279 / 45204927
**ASEGURADO NRO.** 5442841

## RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

| * RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS |
|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ 500,000.00 |

**OCUPACION** Movimiento de suelos y preparación de terrenos para obras

**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 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 45204927 | MORENO AGUSTIN NICOLAS | 13-08-2003 | |

## NOMINA ACTIVA

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 45204927 | MORENO AGUSTIN NICOLAS | 13-08-2003 | |

**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,

## CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 12 - 7775613

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-06-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 12-04-2024 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 311 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 1 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-06-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** MORENO AGUSTIN NICOLAS
**DOMICILIO** SOMELLERA N* 223
**LOCALIDAD** VILLA ROSA
**CÓDIGO POSTAL** 1731
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 23452049279 / 45204927
**ASEGURADO NRO.** 5442841

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: ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESC - cuit: 30529826806**

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 06 días del mes de JUNIO 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**