Impreso el dia 14-09-2023

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8045226

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-09-2023	Hasta 12:00 Hs. del 23-08-2024
Término (en días)	**Plan**
344	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7283496	14-09-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ANITA Y VEGA
DOMICILIO Juan Carlos Cruz N* 1949 P PB DTO C
LOCALIDAD VICENTE LOPEZ
CÓDIGO POSTAL 1638
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30716299860 /
ASEGURADO NRO. 4831721

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS
010	MUERTE ACCIDENTAL	$ 6,000,000.00
020	INVALIDEZ	$ 6,000,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$ 6,000,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$ 5,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$ 382,250.00

OCUPACION LIMPIEZA DE EDIFICIOS EN INTERIOR

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 74 años y la edad límite de permanencia es hasta los 75 años.

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.

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre		
2	DNI 29298478	GALLARDO CLAUDIA LORENA	10-03-1982	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

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8045226

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-09-2023	Hasta 12:00 Hs. del 23-08-2024
Término (en días)	**Plan**
344	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7283496	14-09-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ANITA Y VEGA
DOMICILIO Juan Carlos Cruz N* 1949 P PB DTO C
LOCALIDAD VICENTE LOPEZ
CÓDIGO POSTAL 1638
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30716299860 /
ASEGURADO NRO. 4831721

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 14 días del mes de SEPTIEMBRE 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

Ag: 9 Org: Prod: 21258

Usuario: SELF

Impreso el dia 14-09-2023

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8045226

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-09-2023	Hasta 12:00 Hs. del 23-08-2024
Término (en días)	**Plan**
344	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7283496	14-09-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ANITA Y VEGA
DOMICILIO Juan Carlos Cruz N* 1949 P PB DTO C
LOCALIDAD VICENTE LOPEZ
CÓDIGO POSTAL 1638
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30716299860 /
ASEGURADO NRO. 4831721

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS
010	MUERTE ACCIDENTAL	$ 6,000,000.00
020	INVALIDEZ	$ 6,000,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$ 6,000,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$ 5,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$ 382,250.00

OCUPACION LIMPIEZA DE EDIFICIOS EN INTERIOR

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 74 años y la edad límite de permanencia es hasta los 75 años.

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.

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre		
2	DNI 29298478	GALLARDO CLAUDIA LORENA	10-03-1982	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

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8045226

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-09-2023	Hasta 12:00 Hs. del 23-08-2024
Término (en días)	**Plan**
344	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7283496	14-09-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ANITA Y VEGA
DOMICILIO Juan Carlos Cruz N* 1949 P PB DTO C
LOCALIDAD VICENTE LOPEZ
CÓDIGO POSTAL 1638
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30716299860 /
ASEGURADO NRO. 4831721

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 14 días del mes de SEPTIEMBRE 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

Ag: 9 Org: Prod: 21258

Usuario: SELF

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U.

Certificado de Afiliación

ART R3090 0

ART

PÓLIZA: 4796614

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma ANITA Y VEGA con CUIT 30716299860, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U., de acuerdo a las siguientes condiciones:

PÓLIZA N°: 4796614

A) VIGENCIA DESDE: 28-04-2019 **VIGENCIA HASTA:** 30-04-2024

B) ACTIVIDAD: Servicios de publicidad n.c.p. **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 731009

C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

Se adjunta nomina del personal

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 13 días de Septiembre 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

CARLOS H. MONTENERO
Jefe de Producción ART

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U.

LISTADO DE LA NOMINA

CUIT: 30716299860 **FECHA:** 13-09-2023

RAZON SOCIAL: ANITA Y VEGA

PÓLIZA N°: 4796614

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	ITEM	ESTADO	ULTIMO SALARIO
AGUIAR BRIAN ESTEBAN	20368280314			
BRUNO CONSTANZA LUDMILA	23399067634			
CALICCHIO AILIN	27396557474			
ESPOSITO SEBASTIAN	20341498164			
GONZALEZ GONZALEZ GUSTAVO ENRI	20953444918			
HELUENI DAIANA WENDY	27368729294			
IZQUIERDO DAMIAN FRANCISCO	20295646056			
MEZA EZEQUIEL	20353646339			
MOFFA LUCIANO	20402313510			
PILDAIN REGNER CAMILA MAITE	27429512749			
POSSE SALVADOR GONZALO	20425871200			
RIOS ANALIA VERONICA	27255581320			
RODRIGUEZ GARZON FELIPE ANDRES	20954033326			
ROMERO NATALIA EVANGELINA	27242969834			
RUBINO MARIA FATIMA	27384571706			
SEGOVIA ALBARIÑO LIDIA ANGELIC	23946602884			
SOLIMANO UGARTE MARIA BELEN	27319509920			
TRUSCELLO RODOLFO	20200547005			

CARLOS H. MONTENERO
Jefe de Producción ART

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U.

Certificado de Afiliación

ART R3090 0

ART

PÓLIZA: 4796614

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma ANITA Y VEGA con CUIT 30716299860, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U., de acuerdo a las siguientes condiciones:

PÓLIZA N°: 4796614

A) VIGENCIA DESDE: 28-04-2019 **VIGENCIA HASTA:** 30-04-2024

B) ACTIVIDAD: Servicios de publicidad n.c.p. **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 731009

C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

Se adjunta nomina del personal

El presente certificado se extiende en la ciudad de La Plata a los 13 días de Septiembre 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

CARLOS H. MONTENERO
Jefe de Producción ART

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U.

LISTADO DE LA NOMINA

CUIT: 30716299860 **FECHA:** 13-09-2023

RAZON SOCIAL: ANITA Y VEGA

PÓLIZA N°: 4796614

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	ITEM	ESTADO	ULTIMO SALARIO
AGUIAR BRIAN ESTEBAN	20368280314			
BRUNO CONSTANZA LUDMILA	23399067634			
CALICCHIO AILIN	27396557474			
ESPOSITO SEBASTIAN	20341498164			
GONZALEZ GONZALEZ GUSTAVO ENRI	20953444918			
HELUENI DAIANA WENDY	27368729294			
IZQUIERDO DAMIAN FRANCISCO	20295646056			
MEZA EZEQUIEL	20353646339			
MOFFA LUCIANO	20402313510			
PILDAIN REGNER CAMILA MAITE	27429512749			
POSSE SALVADOR GONZALO	20425871200			
RIOS ANALIA VERONICA	27255581320			
RODRIGUEZ GARZON FELIPE ANDRES	20954033326			
ROMERO NATALIA EVANGELINA	27242969834			
RUBINO MARIA FATIMA	27384571706			
SEGOVIA ALBARIÑO LIDIA ANGELIC	23946602884			
SOLIMANO UGARTE MARIA BELEN	27319509920			
TRUSCELLO RODOLFO	20200547005			

CARLOS H. MONTENERO
Jefe de Producción ART

Impreso el dia 14-09-2023

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8045226

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-09-2023	Hasta 12:00 Hs. del 23-08-2024
Término (en días)	**Plan**
344	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7283496	14-09-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ANITA Y VEGA
DOMICILIO Juan Carlos Cruz N* 1949 P PB DTO C
LOCALIDAD VICENTE LOPEZ
CÓDIGO POSTAL 1638
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30716299860 /
ASEGURADO NRO. 4831721

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS
010	MUERTE ACCIDENTAL	$ 6,000,000.00
020	INVALIDEZ	$ 6,000,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$ 6,000,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$ 5,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$ 382,250.00

OCUPACION LIMPIEZA DE EDIFICIOS EN INTERIOR

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 74 años y la edad límite de permanencia es hasta los 75 años.

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.

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre		
2	DNI 29298478	GALLARDO CLAUDIA LORENA	10-03-1982	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

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8045226

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 14-09-2023	Hasta 12:00 Hs. del 23-08-2024
Término (en días)	**Plan**
344	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7283496	14-09-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE ANITA Y VEGA
DOMICILIO Juan Carlos Cruz N* 1949 P PB DTO C
LOCALIDAD VICENTE LOPEZ
CÓDIGO POSTAL 1638
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30716299860 /
ASEGURADO NRO. 4831721

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 14 días del mes de SEPTIEMBRE 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

Ag: 9 Org: Prod: 21258

Usuario: SELF

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U.

Certificado de Afiliación

ART R30900

ART

PÓLIZA: 4796614

Por medio de la presente, dejamos constancia que la firma ANITA Y VEGA con CUIT 30716299860, ha cumplimentado la afiliacion del ramo RIESGOS DEL TRABAJO, conforme a la Ley 24557 y sus modificatorias con FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U., de acuerdo a las siguientes condiciones:

PÓLIZA N°: 4796614

A) VIGENCIA DESDE: 28-04-2019 **VIGENCIA HASTA:** 30-04-2024

B) ACTIVIDAD: Servicios de publicidad n.c.p. **CODIGO DE ACTIVIDAD (CIIU):** 731009

C) NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

Se adjunta nomina del personal

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U. renuncia en forma expresa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra SUPERVIELLE SOCIEDAD ANONIMA CUIT: 33.50000517-9, 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 ANITA Y VEGA, 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 21 días de Noviembre 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

CARLOS H. MONTENERO
Jefe de Producción ART

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U.

LISTADO DE LA NOMINA

CUIT: 30716299860 **FECHA:** 21-11-2023

RAZON SOCIAL: ANITA Y VEGA

PÓLIZA N°: 4796614

APELLIDO Y NOMBRE	CUIL	ITEM	ESTADO	ULTIMO SALARIO
AGUIAR BRIAN ESTEBAN	20368280314			
BRUNO CONSTANZA LUDMILA	23399067634			
CALICCHIO AILIN	27396557474			
ESPOSITO SEBASTIAN	20341498164			
GONZALEZ GONZALEZ GUSTAVO ENRI	20953444918			
IZQUIERDO DAMIAN FRANCISCO	20295646056			
MASSEY MARIA DOLORES	23236831264			
MOFFA LUCIANO	20402313510			
PILDAIN REGNER CAMILA MAITE	27429512749			
POSSE SALVADOR GONZALO	20425871200			
RIOS ANALIA VERONICA	27255581320			
RODRIGUEZ GARZON FELIPE ANDRES	20954033326			
ROMERO NATALIA EVANGELINA	27242969834			
RUBINO MARIA FATIMA	27384571706			
SEGOVIA ALBARIÑO LIDIA ANGELIC	23946602884			
SOLIMANO UGARTE MARIA BELEN	27319509920			
TRUSCELLO RODOLFO	20200547005			

CARLOS H. MONTENERO
Jefe de Producción ART