Impreso el dia 11-01-2024

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8342455

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 30-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 30-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7558389	25-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE RUIZ MARCELO DAVID
DOMICILIO FINCA RUIZ CALLE EL REMANZO N* 0
LOCALIDAD EL CARRIZAL
CÓDIGO POSTAL 5509
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20294902024 / 29490202
ASEGURADO NRO. 2053912

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS
010	MUERTE ACCIDENTAL	$ 8,526,000.00
020	INVALIDEZ	$ 8,526,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$ 705,600.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

ACTIVIDAD: CHOFER DE CAMION - CUBRE UNICAMENTE CON MOTIVO Y EN OCASION DE SU TRABAJO HABITUAL.-

Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Condiciones Generales Específicas nro. VI cláusula 1, este seguro ampara las personas nominadas con motivo y en ocasión del desarrollo de su actividad declarada, mientras se encuentre en el horario habitual de trabajo y por causas atribuibles al mismo, extendiendose la cobertura al trayecto in-itinere (en tránsito) desde o hacia el domicilio particular (Se excluye el uso de moto).

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:

RPB S.A - CUIT: 30-66313737-5

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:

RPB S.A - CUIT: 30-66313737-5

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:
- MARCOS SCHMUKLER S.A CUIT 30-35291051-2

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

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8342455

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 30-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 30-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7558389	25-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE RUIZ MARCELO DAVID
DOMICILIO FINCA RUIZ CALLE EL REMANZO N* 0
LOCALIDAD EL CARRIZAL
CÓDIGO POSTAL 5509
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20294902024 / 29490202
ASEGURADO NRO. 2053912

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	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 29490202	RUIZ MARCELO DAVID	27-03-1982	HEREDEROS 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: CEMENTOS AVELLANEDA S A - cuit: 30526047792
Empresa: CERAMICA ALBERDI S A - cuit: 33500908519

CUIP: 0726201002000000000000000000083424550000000000099202949020249-10000067189000000000000070076

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 11 días del mes de ENERO de 2024, 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: 23 Org: Prod: 20588

Usuario: SELF