Impreso el dia 25-01-2024

# CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12-8375896

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 18-01-2024 | Hasta 12:00 Hs. del 18-01-2025 |
| **Término (en dias)** | **Plan** |
| 366 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 7604426 | 10-01-2024 |

**DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE**

**NOMBRE** BARBERO CARLOS ARTURO
**DOMICILIO** TABANERA N° S/N
**LOCALIDAD** TUNUYAN
**CÓDIGO POSTAL** 5525
**PROVINCIA** MENDOZA
**CONDICIÓN DE IVA** INSCRIPTO
**CUIT/DNI** 20239729194 / 23972919
**ASEGURADO NRO.** 5718544

## RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

| * RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 7,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 7,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 7,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 8,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CHOFER DE CAMIONES

ACTIVIDAD :

**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.**

LIMITE DE EDAD MÍNIMA: La edad límite mínima para la suscripción de la póliza es de 16 años.

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN: Se establece un plazo de espera de 3 días. Período máximo de cobertura treinta (30) días, abonándose 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 entendiéndose 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 vii, de las Condiciones Generales Comunes-Exclusiones, la presente póliza ampara en forma excepcional y solamente para la cobertura de Asistencia Médico -Farmacéutica, los análisis de serología de HIV-SIDA y HEPATITIS B, y el eventual tratamiento antiretroviral 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 (o cito 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 quede 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 o 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 |
|---|---|---|---|---|
| 2 | DNI 23972919 | BARBERO CARLOS ARTURO | 10-04-1974 | TOMADOR/CONTRATANTE |
| 1 | DNI 44247644 | BARBERO ARTURO AGUSTIN | 25-06-2002 | TOMADOR/CONTRATANTE |

Usuario: SELF


Ag: 23 Org: Prod: 31628

## CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8375896

| | |
|---|---|
| **Vigencia Desde** | **Vigencia Hasta** |
| Desde 12:00 Hs. del 18-01-2024 | Hasta 12:00 Hs. del 18-01-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 366 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 7604426 | 10-01-2024 |

**DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE**

**NOMBRE** BARBERO CARLOS ARTURO
**DOMICILIO** TABANERA N° S/N
**LOCALIDAD** TUNUYAN
**CÓDIGO POSTAL** 5525
**PROVINCIA** MENDOZA
**CONDICIÓN DE IVA** INSCRIPTO
**CUIT/DNI** 20239729194 / 23972919
**ASEGURADO NRO.** 5718544

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: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137375**
**Empresa: NUEVA CRISTALERIA ROSARIO S.A. - cuit: 30708130695**
**Empresa: TETRA PAK S. R. L. - cuit: 30589123286**

**CUIP: 0726201002000000000000000008375896000000000009920239729194O-10000097605000000000070072**

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 25 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: 31628**

**Usuario: SELF**