Impreso el dia 17-04-2024

# CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8446465

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 17-02-2024 | Hasta 12:00 Hs. del 17-02-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 366 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 7653582 | 12-02-2024 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** CAVALLO RODOLFO LUCIANO
**DOMICILIO** PLUMERILLO N* 2351
**LOCALIDAD** HURLINGHAM
**CÓDIGO POSTAL** 1686
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** INSCRIPTO
**CUIT/DNI** 20177787001 / 17778700
**ASEGURADO NRO.** 4264649

## RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

| * RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS |
|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ 4,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ 4,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ 500,000.00 |

**OCUPACION** CHOFER DE CAMIONES

**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.

## NOMINA ACTIVA

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 17778700 | CAVALLO RODOLFO LUCIANO | 20-09-1965 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 2 | DNI 41897618 | CAVALLO FACUNDO VALENTIN | 21-05-1999 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |

**Cantidad: 2**

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:

## CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. AUTONOMOS 24 HS. **PÓLIZA** 12 - 8446465

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 17-02-2024 | Hasta 12:00 Hs. del 17-02-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 366 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 7653582 | 12-02-2024 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** CAVALLO RODOLFO LUCIANO
**DOMICILIO** PLUMERILLO N* 2351
**LOCALIDAD** HURLINGHAM
**CÓDIGO POSTAL** 1686
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** INSCRIPTO
**CUIT/DNI** 20177787001 / 17778700
**ASEGURADO NRO.** 4264649

**Empresa: AKAPOL SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30504065207**

**CUIP: 072620100200000000000000000008446465000000000009920177787001 7-1000003719100000000000010010**

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 17 días del mes de ABRIL 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: 9 Org: Prod: 4033**

**Usuario: SELF**

--- BAPRO - MEDIOS DE PAGO S.A. ---
AFIP - AUTONOMO
Comprobante de pago.
Nro.Agencia: 8026 - Nro.Terminal: 1867

| SerieNro | Fecha Pago | Hora | Transaccion |
|---|---|---|---|
| 80261867 | 28/06/2024 | 09:21 | 001305053 |

Usuario: 80261867

Formulario: 1101
CUIT: 20-17778700-1
Periodo: 05/2024
CATEGORIA/CRA: 301 - .
Concepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A
SubConcepto: 019 OBLIGACION MENSUAL/A

308 - APORTES SEG.SOCIAL AUT
358 - CONTRIB.SEG.SOCIAL AUT

IMPORTE A PAGAR: $34.154,28

Medio de pago utilizado: Efectivo
Cod. Autorizacion: 1D555AF4
Control: 7E7587 350.1134 S3
22017778700100000000101052024110100003080000000000000000000000
-TICKET VALIDO COMO COMPROBANTE DE PAGO-