FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.

La Plata - Avda. 51 Nº 770 / Tel. (0221) 429-0200 / Fax: (0221) 429-0229

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.
Avda. 51 Nro. 770
(1900) La Plata
Tel. 0221 4 29 0200
Agencia Mendoza: 25 DE MAYO 1258– 5500 – Mendoza.
Tel. 0261 4202099 - 4204354

Certificado de Cobertura

Certificamos que: CANGIALOSI ABEL .A. Y CANGIALOSI JOSE.L.S.H, con domicilio en NICOLAS SERPA Nº 1539, MAIPU, MENDOZA, ha contratado con nuestra Compañía una Póliza de Seguro de Accidentes Personales, bajo el cual se cubre lo siguiente:

VIGENCIA: Desde: 16/10/2024 al 16/11/2024

POLIZA NRO: 12-8846448-0

COBERTURA – RIESGO CUBIERTO:

Muerte Accidental	$8.400.000
Invalidez	$8.400.000
Asist. Medica y Farmacéutica sin franquicia	$8.400.000
Renta diaria por internación – 30 días	$5.000
Gastos de Sepelio	$382.250

ASEGURADO:

CANGIALOSI JOSE LUIS **DNI 27969221**

OCUPACION: CHOFER: Camiones (con motivo y en ocasión habitual de trabajo)

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 mas abajo 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 mas abajo, con preminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservaran 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

BENEFICIARIOS : **RPB S.A 30-66313737-5**

Se extiende el presente en la Ciudad de Mendoza a los 30 días del mes de Octubre de 2024, a pedido del Asegurado, y al sólo efecto de ser presentado ante quien corresponda.

Cr. Edgardo Jorge Del Pecho
Gerente General