Impreso el dia 06-02-2025

# CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 12 - 8951859

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 19-09-2024 | Hasta 12:00 Hs. del 22-03-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 184 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 1 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 8534361 | 16-09-2024 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** ALANIZ JUAN JOSE
**DOMICILIO** PIZARRO N* 155
**LOCALIDAD** VILLA MERCEDES
**CÓDIGO POSTAL** 5730
**PROVINCIA** SAN LUIS
**CONDICIÓN DE IVA** INSCRIPTO
**CUIT/DNI** 20371924745 / 37192474
**ASEGURADO NRO.** 4272234

## RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

| * RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS |
|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ 5,000,000.00 |
| 040 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA | $ 1,250,000.00 |

**OCUPACION** CHOFER DE CAMIONES

**La franquicia en la cobertura de asistencia medica y farmaceutica es de $ 7.500.-**

**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.**

**Queda entendido y convenido que la presente póliza además de cubrir la actividad descripta anteriormente; cubre las siguientes actividades: Servicio de transporte urbano de carga - Carga y Descarga.**

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el país mantiene relaciones diplomaticas.

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.

## ALTA PERSONAL

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 37192474 | ALANIZ JUAN JOSE | 24-02-1994 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 2 | DNI 37716757 | ALANIZ JORGE ADRIAN | 02-12-1992 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |

## NOMINA ACTIVA

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 37192474 | ALANIZ JUAN JOSE | 24-02-1994 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 2 | DNI 37716757 | ALANIZ JORGE ADRIAN | 02-12-1992 | 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

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 12 - 8951859

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 19-09-2024 | Hasta 12:00 Hs. del 22-03-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 184 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 1 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| 8534361 | 16-09-2024 |

**DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE**

**NOMBRE** ALANIZ JUAN JOSE
**DOMICILIO** PIZARRO N* 155
**LOCALIDAD** VILLA MERCEDES
**CÓDIGO POSTAL** 5730
**PROVINCIA** SAN LUIS
**CONDICIÓN DE IVA** INSCRIPTO
**CUIT/DNI** 20371924745 / 37192474
**ASEGURADO NRO.** 4272234

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: DIASER SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30555549659**
**Empresa: JUPLAST SOCIEDAD ANONIMA S. A. - cuit: 33613832039**

**CUIP: 0726201002000000000000000000089518590000000000011520371924745 6-10000048474100000282241101 15**

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 06 días del mes de FEBRERO de 2025, 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**