CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8802141

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-05-2025	Hasta 12:00 Hs. del 22-07-2025
Término (en días)	**Plan**
76	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
11	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7977705	07-05-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CUEVAS MARCELO OSCAR
DOMICILIO AV PTE PERON N* 7971
LOCALIDAD ITUZAINGO (PCIA. BS.AS.)
CÓDIGO POSTAL 1714
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20342563970 / 34256397
ASEGURADO NRO. 4884997

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	25,000,000.00
020	INVALIDEZ	$	25,000,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	25,000,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$	10,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$	1,493,642.00

OCUPACION INSTALACION Y COLOCACION DE ALARMAS (Hasta 10 Mts. de altura) (Cat. 4)

SERVICIO DE ATENCION TELEFONICA PARA CONSULTAS SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: La presente póliza incluye con carácter de beneficio y sin costo adicional un servicio de atención telefonica para consultas relacionadas a la prevención de accidentes durante la actividad laboral. Para hacer uso del servicio, el contratante de la póliza deberá comunicarse al número 0810 333 5588 de Lunes a Viernes en el horario de 8:30Hs a 16:00Hs.

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 65 años y la edad límite de permanencia es hasta los 66 años.

Queda entendido y convenido que la presente póliza además de cubrir la actividad descripta anteriormente cubre las siguientes actividades hasta los 10 metros de altura: Instalaciones de Telefonía - Alarmas - Redes de Comunicación - Internet - Cámaras de Seguridad - Fibra Optica.-

*** * * * CLAUSULA PARA TRABAJOS EN ALTURA * * * ***
==========

Queda expresamente entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en la Clausula 6, inciso q), de las Condiciones Generales Comunes, el presente seguro cubre también los Accidentes derivados de la realización de trabajos en alturas superiores a los 6 (seis) metros. En tales casos, la cobertura solo procederá en la medida que los trabajos que deba realizar el Asegurado sean efectuados observando las medidas de seguridad exigidas por las normas de higiene y seguridad en el trabajo vigentes al momento del Accidente. En caso que el Accidente se vea facilitado por el incumplimiento a estas normas, el Asegurador no abonara indemnización alguna.

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR.
LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION.
TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.

ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.

EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.

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

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8802141

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-05-2025	Hasta 12:00 Hs. del 22-07-2025
Término (en días)	**Plan**
76	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
11	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7977705	07-05-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CUEVAS MARCELO OSCAR
DOMICILIO AV PTE PERON N* 7971
LOCALIDAD ITUZAINGO (PCIA. BS.AS.)
CÓDIGO POSTAL 1714
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20342563970 / 34256397
ASEGURADO NRO. 4884997

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, siempre que las personas nominadas se encuentren cumpliendo actividades relacionadas a la actividad descripta en póliza.

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN: Se establece un plazo de espera de 3 días. Período máximo de cobertura treinta (30) días, abonandose 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 entendiendosé 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 u), de las Condiciones Generales Comunes-Exclusiones, la presente póliza ampara en forma excepcional y solamente para la cobertura de Asistencia Médico -Farmaceutica, los análisis de serología de HIV-SIDA y HEPATITIS B, y el eventual tratamiento antirretroviral 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 (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		
3	DNI 39712096	MALLEA CHISTRIAN	30-04-1996	TOMADOR/CONTRATANTE
1	DNI 34256397	CUEVAS MARCELO OSCAR	23-01-1989	TOMADOR/CONTRATANTE

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.

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8802141

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-05-2025	Hasta 12:00 Hs. del 22-07-2025
Término (en días)	**Plan**
76	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
11	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7977705	07-05-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE CUEVAS MARCELO OSCAR
DOMICILIO AV PTE PERON N* 7971
LOCALIDAD ITUZAINGO (PCIA. BS.AS.)
CÓDIGO POSTAL 1714
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20342563970 / 34256397
ASEGURADO NRO. 4884997

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: BUENOS AIRES ZONA FRANCA LA PL - cuit: 30684621781
Empresa: CERVECERIA Y MALTERIA QUILMES - cuit: 33508358259
Empresa: CONSORCIO DE PROPIETARIOS BARR - cuit: 30696980809
Empresa: ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESC - cuit: 30529826806
Empresa: VESTIDITOS S A - cuit: 30593229064
Empresa: CONSORCIO DE COPROPIETARIOS DE - cuit: 30631106389
Empresa: ABRIL SA - cuit: 30534045219
Empresa: CALICO S A - cuit: 33596683679
Empresa: OPPFILM ARGENTINA SA - cuit: 30709112240
Empresa: OVERCON S.R.L. - cuit: 30712048588
Empresa: INSIEME HOLDING S.A. - cuit: 30710451180
Empresa: CONSORCIO SAN SEBASTIAN - cuit: 30709887188
Empresa: SAMBRESQUI GUILLERMO DANIEL - cuit: 20113868962
Empresa: CASINO DE VICTORIA S.A. - cuit: 30709159298
Empresa: SOL DEL PILAR S A - cuit: 30687270645
Empresa: ASOCIACION MUTUAL ISRAELITA AR - cuit: 30525661187
Empresa: ADMINISTRADORA BARRIO PRIVADO - cuit: 30696995334
Empresa: ASOCIACION CIVIL SOCIAL Y DEP - cuit: 30711849188
Empresa: ASOCIACION ISRAELITA ARGENTINA - cuit: 30633865457
Empresa: A H A S BRIT AJIM - cuit: 30694176417
Empresa: DELEGACION DE ASOCIACIONES ISR - cuit: 30527487656
Empresa: GRUPO SLI S.R.L. - cuit: 30715100238
Empresa: S. AJMECHET E HIJOS SA - cuit: 30500216111

CUIP: 0726201002000000000000000000088021410000000000111520342563970 5-1000005842720000001274010011

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 07 días del mes de MAYO 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

Ag: 7 Org: 64445 Prod: 6309

Usuario: SELF