Impreso el dia 04-06-2025

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

# CERTIFICADO DE COBERTURA

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9592200

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 04-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 19-06-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 15 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 04-06-2025 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

## RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

| * RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| **010** | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 12,000,000.00 |
| **020** | INVALIDEZ | $ | 12,000,000.00 |
| **050** | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 12,000,000.00 |
| **070** | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 30,000.00 |
| **080** | GASTOS DE SEPELIO | $ | 1,695,100.00 |

**OCUPACION** CARPINTERIA CON TRABAJO MANUAL

**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.

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 | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 2 | DNI 27745707 | TARDELLA OSVALDO VICTOR | 10-11-1979 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |

**Ag: 3 Org: 60991 Prod: 34972**

**Usuario: SELF**

## CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9592200

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 04-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 19-06-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 15 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 04-06-2025 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

### NOMINA ACTIVA

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 33897520 | BLANCO SILVINA MARIA | 30-06-1988 | 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:
ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES (Cuit 30529826806)

**ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES (Cuit 30529826806)**

**Empresa: ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES - cuit: 30529826806**

**CUIP: 0726201002000000000000000000095922000000000000009920277457076O-10000105895200000010420100 14**

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 04 días del mes de JUNIO 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: 3 Org: 60991 Prod: 34972**

**Usuario: SELF**

Impreso el dia 24-06-2025

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

# CERTIFICADO DE COBERTURA

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9636189

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 24-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 24-07-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 30 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 24-06-2025 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

## RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

| * RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS |
|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ 12,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ 12,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ 12,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ 30,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ 1,695,100.00 |

**OCUPACION** CARPINTERIA CON TRABAJO MANUAL

**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.

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 | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 2 | DNI 27745707 | TARDELLA OSVALDO VICTOR | 10-11-1979 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |

**Ag: 3 Org: 60991 Prod: 34972**

**Usuario: SELF**

## CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9636189

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 24-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 24-07-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 30 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 24-06-2025 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

### NOMINA ACTIVA

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 33897520 | BLANCO SILVINA MARIA | 30-06-1988 | 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:
ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES (Cuit 30529826806)
**ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES (Cuit 30529826806)**
**Empresa: ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES - cuit: 30529826806**

**CUIP: 0726201002000000000000000000096361890000000000099202774570761-10000105895200000010420100 14**

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 24 días del mes de JUNIO 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: 3 Org: 60991 Prod: 34972**

**Usuario: SELF**

Impreso el dia 24-06-2025

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9636189 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 24-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 24-07-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 30 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 24-06-2025 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

## CERTIFICADO: 1 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** **BLANCO SILVINA MARIA - DOCUMENTO: DNI 33897520 - FE NACIMIENTO: 30-06-1988 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 12,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 12,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 12,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 30,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 1,695,100.00 |

**OCUPACION** CARPINTERIA CON TRABAJO MANUAL

**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.

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.

---

**Póliza** 9636189 / 1 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**Asegurado: 15238402 BLANCO SILVINA MARIA**

**Domicilio:** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495 FLORIDA (VICENTE LOPEZ)) CP 1602

**Vigencia desde** 24-06-2025 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 24-07-2025 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 9636189 - 1 - 0 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9636189 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 24-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 24-07-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 30 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 24-06-2025 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

**CUIP: 0726201002000000000000000000096361890000000000009920277457076 1-10000105895200000010420100 14**

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9636189 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 24-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 24-07-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 30 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 24-06-2025 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 24 días del mes de JUNIO 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

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9636189 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 24-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 24-07-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 30 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 24-06-2025 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

## CERTIFICADO: 2 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** **TARDELLA OSVALDO VICTOR - DOCUMENTO: DNI 27745707 - FE NACIMIENTO: 10-11-1979 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 12,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 12,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 12,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 30,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 1,695,100.00 |

**OCUPACION** CARPINTERIA CON TRABAJO MANUAL

**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.

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.

---

**Póliza** 9636189 / 2 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**Asegurado: 15238403 TARDELLA OSVALDO VICTOR**

**Domicilio:** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495 FLORIDA (VICENTE LOPEZ)) CP 1602

**Vigencia desde** 24-06-2025 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 24-07-2025 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 9636189 - 2 - 0 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9636189 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 24-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 24-07-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 30 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 24-06-2025 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A.U., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

**CUIP: 0726201002000000000000000000096361890000000000009920277457076 1-10000105895200000010420100 14**

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9636189 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 24-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 24-07-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 30 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 24-06-2025 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 24 días del mes de JUNIO 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

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

**PAGO CONSOLIDADO**

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 9636189

## Plan de pago consolidado:

**Período facturado 24-06-2025 al 24-07-2025**
*** Póliza: 12-9636189-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

**ASEGURADO: 5261788 TARDELLA OSVALDO VICTOR**

**CUIT/CUIL: 20277457076 DNI: 27745707 Domicilio: PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495**
**Localidad: FLORIDA (VICENTE LOPEZ)) Pcia: BUENOS AIRES CP: 1602**

| CUOTA Y VENCIMIENTO | MONEDA | MONTO CUOTA | SALDO CUOTA |
|---|---|---|---|
| 1/1 Vencimiento 24/06/2025. | PESOS | **15,849.65** | **15,849.65** |

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.**

# – TIEMPO + CONCIENCIA

Autogestioná el pago de tus pólizas desde nuestra **WEB** o **APP**.
De esta manera no solo ganás mucho tiempo, sino que colaborás en el cuidado del medioambiente por el menor consumo de papel.

## PAGO DIRECTO

Es fácil y rápido. Entrá desde la web ingresando a Acceso Asegurados desde **www.fedpat.com.ar** o desde la APP para smartphones **FedPat Móvil** y pagá tu seguro en sencillos pasos con tarjeta de débito o crédito. Además podrás consultar y descargar tu póliza, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

## PAGO ELECTRÓNICO

**Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking, Servicios de Pago Mastercard, Visa Pago Puntual, Amex Pay**

## PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO

**Adherite a través de las siguientes tarjetas:**

## PAGO EN EFECTIVO

**Cobro Express, Rapipago, Pago Fácil, Provincia Net, Multipagos, Pronto Pago, Ripsa y Plus Pagos**

## DESCARGÁ LA APP FEDPAT MÓVIL

Descargá la APP en tu smartphone y tené al ALCANCE DE LA MANO toda la información de tus seguros.
Podrás pagar tus cuotas, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

Google Play

**0810-222-5588**
**www.fedpat.com.ar**

fedpatoficial /fedpatoficial Federación Patronal Seguros Federación Patronal Seguros seguros@fedpat.com.ar

## FRENTE DE PÓLIZA

**Póliza impresa el dia 24-06-2025**

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9636189

**Productor: 34972 SANCHEZ ROMINA ANDREA Matrícula SSN: 105895 AG: 3**

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 24-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del 24-07-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 30 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 24-06-2025 |

### DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

**FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO. Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.**

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

### PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

| NÚMERO | VENCIMIENTO | IMPORTE |
|---|---|---|
| 1/1 | 24-06-2025 | $ 15,849.65 |

**TOTAL: $ 15,849.65**

**A debitar de CUENTA BANCAI cta. nro.: 0170**********0550**

### PERÍODO FACTURADO

| | |
|---|---|
| 24-06-2025 | 24-07-2025 |

Pago del Impuesto de sellos de $ 0 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

### LIQUIDACION DEL PREMIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PRIMA** $ 12,980.88 | | | |
| **I.V.A.** $ 2,725.98 | **SELLADO** $ 0.00 | **OTROS IMP. Y TASAS** $ 64.90 | |
| **PREMIO DEL ENDOSO** $ 15,849.65 | | | |
| **MONEDA CONTRATO** PESOS | **TEA** 0.00% | **CARGO FINANCIERO** $ 0.00 | |

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida en La Plata el 24 de Junio de 2025

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reg. General de la Actividad Aseguradora.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.fedpat.com.ar.
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

**Para consultas o reclamos, comunicarse con FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U, al teléfono 0810-222-5588**

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N 105153

**SELF**

## FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9636189

**CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | I3 | I8 | A | A1 | III | V | 1 |
| 2 | 4 | 5 | 7 | 9 | 11 | 20 | |

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO) | DATOS RELEVANTES |
|---|---|
| 010 MUERTE ACCIDENTAL | SUMA ASEG. INDIVIDUAL |
| | $ 12,000,000.00 |
| 020 INVALIDEZ | SUMA ASEG. INDIVIDUAL |
| | $ 12,000,000.00 |
| 050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | SUMA ASEG. INDIVIDUAL |
| | $ 12,000,000.00 |
| 070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | SUMA ASEG. INDIVIDUAL |
| | $ 30,000.00 |
| 080 GASTOS DE SEPELIO | SUMA ASEG. INDIVIDUAL |
| | $ 1,695,100.00 |

**OCUPACION** CARPINTERIA CON TRABAJO MANUAL

**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.

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.

**Cantidad de asegurados vigentes: 2**
**IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA**

**CLAUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION** **SELF**

## FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

| SECCIÓN | ACCIDENTES PERSONALES | PRODUCTO | A.P. PRESTACIONAL | PÓLIZA | 9636189 |
|---|---|---|---|---|---|

**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 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**

**Empresa: ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES - cuit: 30529826806**
**CUIP:**
**0726201002000000000000000000096361890000000000099202774570761-10000105895200000010420100 14**
**---**
**En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.**
**---**

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

## ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9636189

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 24-06-2025 | Hasta 12:00 Hs. del del 24-07-2025 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 30 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 0 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 24-06-2025 |

### DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

**NOMBRE** TARDELLA OSVALDO VICTOR
**DOMICILIO** PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495
**LOCALIDAD** FLORIDA (VICENTE LOPEZ))
**CÓDIGO POSTAL** 1602
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 20277457076 / 27745707
**ASEGURADO NRO.** 5261788

### NOMINA ACTIVA

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | DNI 33897520 | BLANCO SILVINA MARIA | 30-06-1988 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 2 | DNI 27745707 | TARDELLA OSVALDO VICTOR | 10-11-1979 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |

**FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. CUIT: 33-70736658-9**
**Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As.**
**IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO**
**Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2.**
**Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.**

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

## FACTURA ORIGINAL

**SECCIÓN** 12 - ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9636189

| Asegurado | Domicilio | Fecha de Emisión |
|---|---|---|
| TARDELLA OSVALDO VICTOR | PRES GRAL JULIO ARGENTINO ROCA N* 2495 | 24-06-2025 |
| **CUIT/ DNI** | **Localidad** | **Endoso** |
| 20277457076 / 27745707 | FLORIDA (VICENTE LOPEZ)) | 0 |
| **IVA** | **Provincia** | **Período Facturado Desde** |
| CONSUMIDOR FINAL | BUENOS AIRES | 24-06-2025 |
| **Asegurado nro.** | **Código Postal** | **Período Facturado Hasta** |
| 5261788 | 1602 | 24-07-2025 |
| | **Ag. / Prod / Org** | |
| | 3<br>34972 - SANCHEZ ROMINA ANDREA<br>60991 - ORGANIZACION GTS S.R.L. | |

### PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

| NRO. | VENCIMIENTO | IMPORTE |
|---|---|---|
| 1/1 | 24-06-2025 | $ 15,849.65 |
| **TOTALES:** | | **$ 15,849.65** |

**A debitar de CUENTA BANCARIA**
**cta. nro.: 0170**********0550**

### LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

| | | |
|---|---|---|
| PRIMA | $ | 12,980.88 |
| SUBTOTAL GRAVADO (PRECIO SIN IMPUESTOS) | $ | 12,980.88 |
| IVA | $ | 2,725.98 |
| SUB-TOTAL | $ | 15,706.86 |
| TASA SUPERINTENDENCIA | $ | 77.89 |
| CONTRIBUCIÓN INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES | $ | 64.90 |
| MONTO TOTAL DEL PREMIO | $ | 15,849.65 |

Las compañías de seguros se encuentran exceptuadas de la obligación de emitir comprobantes,dispuesta por la Resolución General N 1415/03 de la AFIP, conforme lo establecido en el Inciso d) de su Anexo I.

El cómputo del crédito fiscal dependerá, entre otras cuestiones que establezca la normativa vigente,de la condición de IVA del sujeto receptor del presente comprobante.

---

Régimen de Transparencia Fiscal al Consumidor (Ley 27.743)
IVA contenido: 2725.98
Otros impuestos nacionales indirectos: 0

---

SELF