Impreso el dia 08-07-2026

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 10371445

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 29-05-2026	Hasta 12:00 Hs. del 21-04-2027
Término (en días)	**Plan**
327	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
2	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	29-05-2026

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE DUARTE FABIAN OSVALDO
DOMICILIO ACONQUIJA N* 1525
LOCALIDAD ITUZAINGO (PCIA. BS.AS.)
CÓDIGO POSTAL 1714
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA MONOTRIBUTO
CUIT/DNI 23295537159 / 29553715
ASEGURADO NRO. 4068747

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS
010	MUERTE ACCIDENTAL	$ 40,000,000.00
020	INVALIDEZ	$ 40,000,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$ 40,000,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$ 40,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$ 2,071,300.00

OCUPACION Instalaciones de carpintería, herrería de obra y artística - Cubre hasta 6 mts. de altura

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 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.

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 10371445

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 29-05-2026	Hasta 12:00 Hs. del 21-04-2027
Término (en días)	**Plan**
327	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
2	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	29-05-2026

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE DUARTE FABIAN OSVALDO
DOMICILIO ACONQUIJA N* 1525
LOCALIDAD ITUZAINGO (PCIA. BS.AS.)
CÓDIGO POSTAL 1714
PROVINCIA BUENOS AIRES
CONDICIÓN DE IVA MONOTRIBUTO
CUIT/DNI 23295537159 / 29553715
ASEGURADO NRO. 4068747

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre		
1	DNI 29553715	DUARTE FABIAN OSVALDO	21-07-1982	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
4	DNI 39432283	BERTA BRIAN EZEQUIEL	09-03-1996	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
3	DNI 42021530	CENTURION BRIAN NAHUEL	19-06-1999	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
2	DNI 42283080	COSCIA FACUNDO DAVID	30-12-1999	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

Cantidad: 4

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 ESC (Cuit 30529826806)
ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESC (Cuit 30529826806)
Empresa: ADMINISTRADORA CLUB DE CAMPO L - cuit: 30694617162

CUIP: 0726201002000000000000000000010371445000000000002152329553715 98-10000065102000000000000010015

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 08 días del mes de JULIO de 2026, 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