

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA**SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL****PÓLIZA 12 - 9676774 - 0**

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 02-01-2026	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
194	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	02-01-2026

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

CERTIFICADO: 79 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA**ASEGURADO: RODRIGUEZ ROSANA ANDREA - DOCUMENTO: DNI 25934357 - FE NACIMIENTO: 29-08-1977 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES****RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):	SUMAS ASEGURADAS
010 MUERTE ACCIDENTAL	\$ 50,000,000.00
020 INVALIDEZ	\$ 50,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	\$ 50,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	\$ 30,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	\$ 1,695,100.00

OCUPACION PANADERIAS: Personal Especializado y/o Ayudante (Cat-2)**LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 74 años y la edad límite de permanencia es hasta los 75 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 países con los que el país mantiene relaciones diplomaticas, siempre que las personas nominadas se encuentren cumpliendo actividades relacionadas a la actividad descrita 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 entendiendose 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 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 Especificas 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 Especificas 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 Especificas, 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 9676774 / 79

**Asegurado: 16170690 RODRIGUEZ ROSANA ANDREA**

Domicilio: REP DE CHILE N° 894 MENDOZA (CIUDAD) CP 5500 MENDOZA

Vigencia desde	
02-01-2026	Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta	
15-07-2026	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 9676774 - 79 - 5



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

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL

PÓLIZA 12 - 9676774 - 0


Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 02-01-2026	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
194	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
5	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	02-01-2026

■ DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 15 días del mes de ENERO 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



Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA
SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL
PÓLIZA 12 - 9676774 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 25-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
324	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	25-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

CERTIFICADO: 73 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA
ASEGURADO: AGUERO KEVIN ERIC - DOCUMENTO: DNI 42506493 - FE NACIMIENTO: 24-05-1998 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):	SUMAS ASEGURADAS
010 MUERTE ACCIDENTAL	\$ 50,000,000.00
020 INVALIDEZ	\$ 50,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	\$ 50,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	\$ 30,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	\$ 1,695,100.00

OCUPACION PANADERIAS: Personal Especializado y/o Ayudante (Cat-2)
LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 74 años y la edad límite de permanencia es hasta los 75 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 países con los que el país mantiene relaciones diplomaticas, siempre que las personas nominadas se encuentren cumpliendo actividades relacionadas a la actividad descrita 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 entendiendose 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 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 Especificas 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 Especificas 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 Especificas, 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 9676774 / 73


Asegurado: 15524949 AGUERO KEVIN ERIC

Domicilio: REP DE CHILE N° 894 MENDOZA (CIUDAD) CP 5500 MENDOZA

Vigencia desde	Desde 12:00 Hs.
25-08-2025	
Vigencia hasta	Hasta 12:00 Hs.
15-07-2026	

 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 9676774 - 73 - 1



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

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA 12 - 9676774 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 25-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
324	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	25-08-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL

(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)

Debe interpretarse 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.

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: 072620100200000000000000000000000967740000000000115307142768124-1000007683600000000000070077

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL

PÓLIZA 12 - 9676774 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 25-08-2025	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
324	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
1	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	25-08-2025

■ DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 15 días del mes de ENERO 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



Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA
SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL
PÓLIZA 12 - 9676774 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 02-01-2026	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
194	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	02-01-2026

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

CERTIFICADO: 77 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA
ASEGURADO: RETA IBAÑEZ CARLA GUILLERMINA - DOCUMENTO: DNI 43076707 - FE NACIMIENTO: 20-10-2000 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):	SUMAS ASEGURADAS
010 MUERTE ACCIDENTAL	\$ 50,000,000.00
020 INVALIDEZ	\$ 50,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	\$ 50,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	\$ 30,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	\$ 1,695,100.00

OCUPACION PANADERIAS: Personal Especializado y/o Ayudante (Cat-2)
LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 74 años y la edad límite de permanencia es hasta los 75 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 países con los que el país mantiene relaciones diplomaticas, siempre que las personas nominadas se encuentren cumpliendo actividades relacionadas a la actividad descrita 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 entendiendose 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 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 Especificas 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 Especificas 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 Especificas, 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 9676774 / 77


Asegurado: 16170649 RETA IBAÑEZ CARLA GUILLERMINA

Domicilio: REP DE CHILE N° 894 MENDOZA (CIUDAD) CP 5500 MENDOZA

Vigencia desde	Desde 12:00 Hs.
02-01-2026	
Vigencia hasta	Hasta 12:00 Hs.
15-07-2026	

 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 9676774 - 77 - 4



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



SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA 12 - 9676774 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 02-01-2026	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
194	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	02-01-2026

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE
NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL

(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)

Debe interpretarse 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.

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@aac.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: 07262010020000000000000000000000096767740000000000415307142768121-1000007683600000000000070077

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL

PÓLIZA 12 - 9676774 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 02-01-2026	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
194	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	02-01-2026

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 15 días del mes de ENERO 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



Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9676774 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 02-01-2026	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
194	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	02-01-2026

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

CERTIFICADO: 78 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

ASEGURADO: CARDENAS DURAN ARISMAR VANESSA - DOCUMENTO: DNI 19123180 - FE NACIMIENTO: 20-01-1973 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):	SUMAS ASEGURADAS
010 MUERTE ACCIDENTAL	\$ 50,000,000.00
020 INVALIDEZ	\$ 50,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	\$ 50,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	\$ 30,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	\$ 1,695,100.00

OCUPACION PANADERIAS: Personal Especializado y/o Ayudante (Cat-2)

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 74 años y la edad límite de permanencia es hasta los 75 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 países con los que el país mantiene relaciones diplomaticas, siempre que las personas nominadas se encuentren cumpliendo actividades relacionadas a la actividad descrita 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 entendiendose 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 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 Especificas 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 Especificas 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 Especificas, 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 9676774 / 78



Asegurado: 16170650 CARDENAS DURAN ARISMAR VANESSA

Domicilio: REP DE CHILE N° 894 MENDOZA (CIUDAD) CP 5500 MENDOZA

Vigencia desde
02-01-2026 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta
15-07-2026 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 9676774 - 78 - 4



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



SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA 12 - 9676774 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 02-01-2026	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
194	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	02-01-2026

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE
NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL

(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)

Debe interpretarse 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.

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@aac.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: 07262010020000000000000000000000096767740000000000415307142768121-1000007683600000000000070077

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA 12 - 9676774 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 02-01-2026	Hasta 12:00 Hs. del 15-07-2026
Término (en días)	Plan
194	100 - PLAN BASICO
Endoso	Lugar de emisión
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	Fecha de emisión
8784556	02-01-2026

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE PANIFICADORA TRES LIMONES S.A.
DOMICILIO REP DE CHILE N° 894
LOCALIDAD MENDOZA (CIUDAD)
CÓDIGO POSTAL 5500
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 30714276812 /
ASEGURADO NRO. 3575077

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 15 días del mes de ENERO 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



Diego Fernando Vallina
Gerente General