Impreso el dia 04-12-2023

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8300788

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	10,000,000.00
020	INVALIDEZ	$	10,000,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	10,000,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$	8,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$	382,250.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

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.

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
1	DNI 30856944	MONTIEL JOSE LUIS	11-05-1984	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
2	DNI 42913636	MONTIEL ORTIZ JEREMIAS TOMAS	30-09-2000	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
3	DNI 44057364	MONTIEL ORTIZ EVER ARIEL	21-04-2002	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

Cantidad: 3

Ag: 23 Org: 72510 Prod: 29348

Usuario: SELF

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8300788

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

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:

Empresa: RPB S.A. - cuit:
Empresa: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137375

CUIP: 0726201002000000000000000000083007880000000000009920203044020 7-0000009182800000001708070074

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 04 días del mes de DICIEMBRE de 2023, 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: 23 Org: 72510 Prod: 29348

Usuario: SELF

Impreso el dia 04-12-2023

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8300788 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

CERTIFICADO: 1 **RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA**

ASEGURADO: **MONTIEL JOSE LUIS - DOCUMENTO: DNI 30856944 - FE NACIMIENTO: 11-05-1984 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	10,000,000.00
020	INVALIDEZ	$	10,000,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	10,000,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$	8,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$	382,250.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

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.

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

---

Póliza 8300788 / 1 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 10731833 MONTIEL JOSE LUIS

Domicilio: BV QUIROGA N* 58 EUGENIO BUSTOS CP 5569 MENDOZA

Vigencia desde 07-12-2023 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 07-12-2024 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 8300788 - 1 - 0 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

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 - 8300788 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

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: 07262010020000000000000000008300788000000000009920203044020 7-0000009182800000001708070074

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 04 días del mes de DICIEMBRE de 2023, 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

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	12 - 8300788 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8300788 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

CERTIFICADO: 2 **RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA**

ASEGURADO: **MONTIEL ORTIZ JEREMIAS TOMAS - DOCUMENTO: DNI 42913636 - FE NACIMIENTO: 30-09-2000 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	10,000,000.00
020	INVALIDEZ	$	10,000,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	10,000,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$	8,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$	382,250.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

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.

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

---

Póliza 8300788 / 2 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 10731834 MONTIEL ORTIZ JEREMIAS TOMAS

Domicilio: BV QUIROGA N* 58 EUGENIO BUSTOS CP 5569 MENDOZA

Vigencia desde 07-12-2023 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 07-12-2024 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 8300788 - 2 - 0 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

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

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 23 Org: 72510 Prod: 29348 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8300788 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

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: 07262010020000000000000000008300788000000000009920203044020 7-0000009182800000001708070074

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 04 días del mes de DICIEMBRE de 2023, 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

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	12 - 8300788 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

Diego Fernando Vallina
Gerente General

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8300788 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

CERTIFICADO: 3 **RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA**

ASEGURADO: **MONTIEL ORTIZ EVER ARIEL - DOCUMENTO: DNI 44057364 - FE NACIMIENTO: 21-04-2002 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	10,000,000.00
020	INVALIDEZ	$	10,000,000.00
050	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	10,000,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$	8,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$	382,250.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

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.

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

---

Póliza 8300788 / 3

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

Asegurado: 12035643 MONTIEL ORTIZ EVER ARIEL

Domicilio: BV QUIROGA N* 58 EUGENIO BUSTOS CP 5569 MENDOZA

Vigencia desde 07-12-2023 Desde 12:00 Hs.
Vigencia hasta 07-12-2024 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 8300788 - 3 - 0

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

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

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Ag: 23 Org: 72510 Prod: 29348 **Usuario: SELF**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 8300788 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

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: 07262010020000000000000000008300788000000000009920203044020 7-0000009182800000001708070074

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 04 días del mes de DICIEMBRE de 2023, 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

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	12 - 8300788 - 0

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

Diego Fernando Vallina
Gerente General

PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 8300788

Plan de pago consolidado:

Período facturado 07-12-2023 al 07-12-2024
*** Póliza: 12-8300788-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2940672 MONTIEL ARIEL

CUIT/CUIL: 20203044020 DNI: 20304402 Domicilio: BV QUIROGA N* 58
Localidad: EUGENIO BUSTOS Pcia: MENDOZA CP: 5569

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 06-01-2024	PESOS		105,779.69
1/12 Vencimiento 07/12/2023.	PESOS	13,747.00	13,747.00
2/12 Vencimiento 07/01/2024.	PESOS	13,747.00	13,747.00
3/12 Vencimiento 07/02/2024.	PESOS	13,747.00	13,747.00
4/12 Vencimiento 07/03/2024.	PESOS	13,747.00	13,747.00
5/12 Vencimiento 07/04/2024.	PESOS	13,747.00	13,747.00
6/12 Vencimiento 07/05/2024.	PESOS	13,747.00	13,747.00
7/12 Vencimiento 07/06/2024.	PESOS	13,747.00	13,747.00
8/12 Vencimiento 07/07/2024.	PESOS	13,747.00	13,747.00
9/12 Vencimiento 07/08/2024.	PESOS	13,747.00	13,747.00
10/12 Vencimiento 07/09/2024.	PESOS	13,747.00	13,747.00
11/12 Vencimiento 07/10/2024.	PESOS	13,747.00	13,747.00
12/12 Vencimiento 07/11/2024.	PESOS	13,747.11	13,747.11

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO	
Agente	**Código de pago electrónico**
Pago Mis Cuentas	**2940672**
Pagos Link	**2940672**
Visa Pago Puntual	**120083007880000**
Interbanking	**2940672**
Servicio de Pago Mastercard	**2940672**
Amex Pay	**DNI 20304402**

PAGO EN EFECTIVO	
Agente	**Identificación**
Cobro Express	**DNI 20304402**
Rapipago	**DNI 20304402**
Multipago	**DNI 20304402**
Pago Fácil	**DNI 20304402**
Provincia Net	**DNI 20304402**
Pronto Pago	**DNI 20304402**
Ripsa	**DNI 20304402**
Plus Pagos	**DNI 20304402**

– 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 04-12-2023

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 8300788

Productor: 29348 NAVARRO HUMBERTO RODRIGO Matrícula SSN: 91828 AG: 23

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

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
1/12	07-12-2023	$ 13,747.00
2/12	07-01-2024	$ 13,747.00
3/12	07-02-2024	$ 13,747.00
4/12	07-03-2024	$ 13,747.00
5/12	07-04-2024	$ 13,747.00
6/12	07-05-2024	$ 13,747.00
7/12	07-06-2024	$ 13,747.00
8/12	07-07-2024	$ 13,747.00
9/12	07-08-2024	$ 13,747.00
10/12	07-09-2024	$ 13,747.00
11/12	07-10-2024	$ 13,747.00
12/12	07-11-2024	$ 13,747.11
TOTAL:		**$ 164,964.11**

PERÍODO FACTURADO

07-12-2023	07-12-2024

Pago del Impuesto de sellos de $ 2001.99 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 84,994.02			
I.V.A. $ 28,027.88	**SELLADO** $ 2,001.99	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 1,468.13	
PREMIO DEL ENDOSO $ 164,964.11			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 197.73%	**CARGO FINANCIERO** $ 48,472.09	

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 02 de Diciembre de 2023

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	8300788

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
	$ 10,000,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 10,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 10,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 8,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 382,250.00

OCUPACION CHOFER DE CAMIONES

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.

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: 3
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

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 **SELF**

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: RPB S.A. - cuit:
Empresa: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137375

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** 8300788

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 07-12-2023	Hasta 12:00 Hs. del del 07-12-2024
Término (en días)	**Plan**
366	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
7530769	02-12-2023

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE MONTIEL ARIEL
DOMICILIO BV QUIROGA N* 58
LOCALIDAD EUGENIO BUSTOS
CÓDIGO POSTAL 5569
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20203044020 / 20304402
ASEGURADO NRO. 2940672

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 30856944	MONTIEL JOSE LUIS	11-05-1984	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
3	DNI 44057364	MONTIEL ORTIZ EVER ARIEL	21-04-2002	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
2	DNI 42913636	MONTIEL ORTIZ JEREMIAS TOMAS	30-09-2000	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

*** SISTEMA SEPSA - PAGO FACIL ***
Montevideo 825 (C1019ABQ) Bs.As.
Comprobante de pago de:
FEDERACION PATRONAL
Av. La Plata 51 Nro 770 (1900) La Plata
N CUIT 33-70736658-9
0013 A11445 05/12/2023 19:39:41 06BE6E3E
12008300788000O $$$$$$105779,69
8CU 8CU FEDERACION PATRONAL
POLIZA N 0000-12-008300788-969-00
CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMANDO AL
0800-444-3224 O INGRESANDO A www.e-pagofacil.com

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE COMPROBANTE
SE CORRESPONDAN CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL
CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA OPERATORIA QUE
FEDERACION PATRONAL HA INFORMADO PARA ESTA MODALIDAD
DE PAGO SIN FACTURA

13712008300788000000010105779690007012400

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.

Talón Pago Asegurado

Asegurado MONTIEL ARIEL Pólizas: 12-8300788-0

Cuota Pago contado saldo facturado
Vigencia cuota 07-12-2023 al 07-12-2024

Total cuota $ 105,779.69

Producto: A.P. IRRESTACIONAL

Fecha límite pago 06-01-2024

Talón válido únicamente con recibo adjunto de la Empresa Recaudadora

N. Cheq. 0

29348 04-12-2023

27877CD427

COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 23 Org. 72610

Recibo 12008300788000095

Asegurado: **MONTIEL ARIEL**

Cliente: 2940672

Domicilio: **BV QUIROGA N° 58 EUGENIO BUSTOS**

Pólizas: 12-8300788-0

Cuota Pago contado saldo facturado

Vigencia cuota 07-12-2023 al 07-12-2024

Fecha límite pago 06-01-2024

Monto a pagar	$ 105,779.69

COPIA SELF

Domicilio Cobro:			
Prod 29348	Cobrador	T.E. 261-15-544-6523	Nro. Cheq. 0

04-12-2023 29348

27877CD427

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.

Talón Pago Asegurado

Asegurado MONTIEL ARIEL Pólizas: 12-8300788-0

Cuota Pago contado saldo facturado
Vigencia cuota 07-12-2023 al 07-12-2024

Total cuota $ 105,779.69

Producto: A.P. IRRESTACIONAL

Fecha límite pago 06-01-2024

Talón válido únicamente con recibo adjunto de la Empresa Recaudadora

N. Cheq. 0

29348 04-12-2023

27877CD427

COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 23 Org. 72510

Recibo 12008300788000001

Asegurado: **MONTIEL ARIEL**

Cliente: 2940672

COPIA SELF