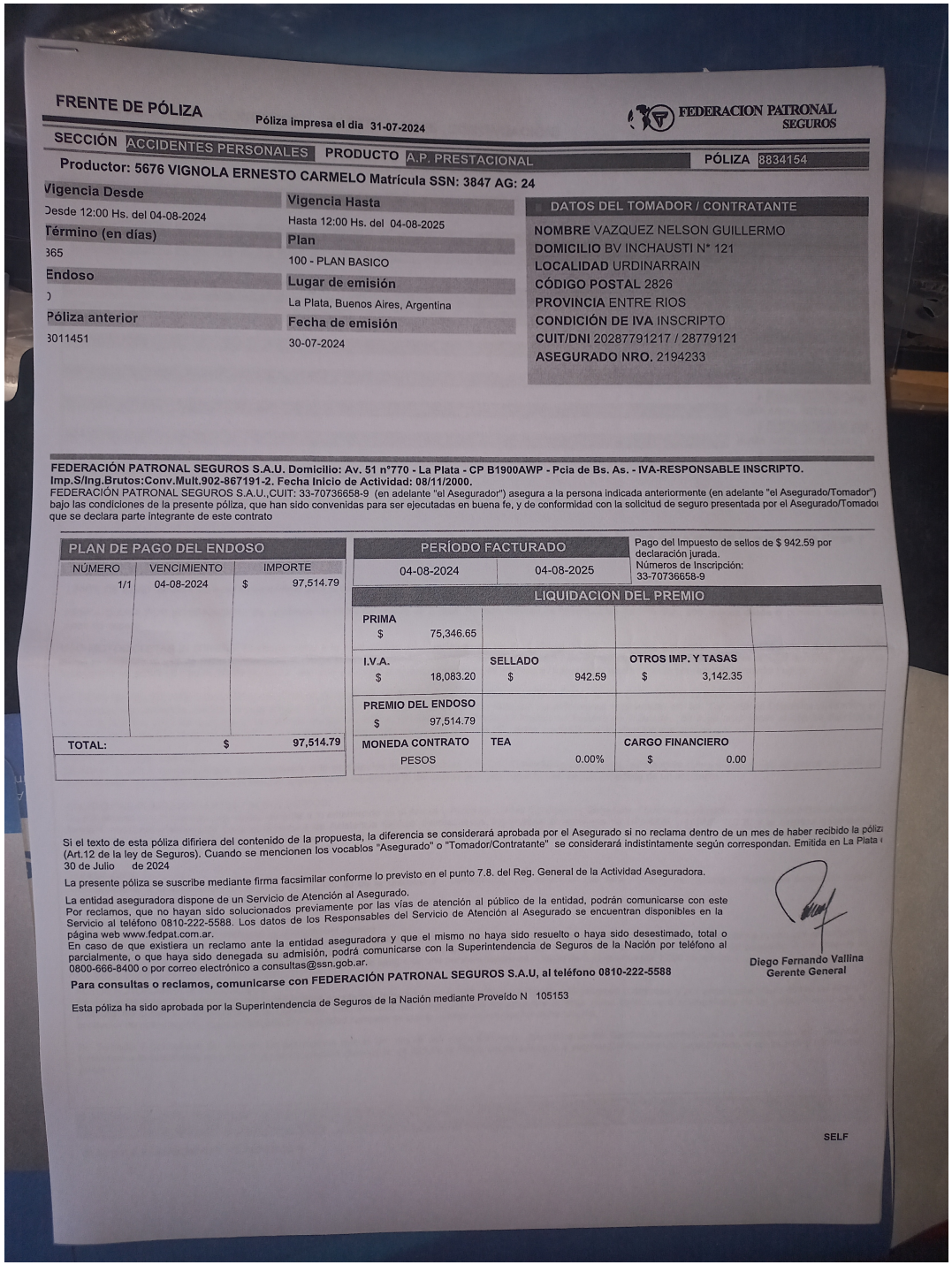


FRENTE DE PÓLIZA

Póliza impresa el dia 31-07-2024

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 8834154

Productor: 5676 VIGNOLA ERNESTO CARMELO Matrícula SSN: 3847 AG: 24

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 04-08-2024	Hasta 12:00 Hs. del 04-08-2025
Término (en días)	**Plan**
365	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
3011451	30-07-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE VAZQUEZ NELSON GUILLERMO
DOMICILIO BV INCHAUSTI N° 121
LOCALIDAD URDINARRAIN
CÓDIGO POSTAL 2826
PROVINCIA ENTRE RIOS
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20287791217 / 28779121
ASEGURADO NRO. 2194233

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 que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	04-08-2024	$ 97,514.79
TOTAL:		**$ 97,514.79**

PERÍODO FACTURADO

04-08-2024	04-08-2025

Pago del Impuesto de sellos de $ 942.59 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 75,346.65		
I.V.A. $ 18,083.20	**SELLADO** $ 942.59	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 3,142.35
PREMIO DEL ENDOSO $ 97,514.79		
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 0.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 0.00

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliz (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 30 de Julio de 2024

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

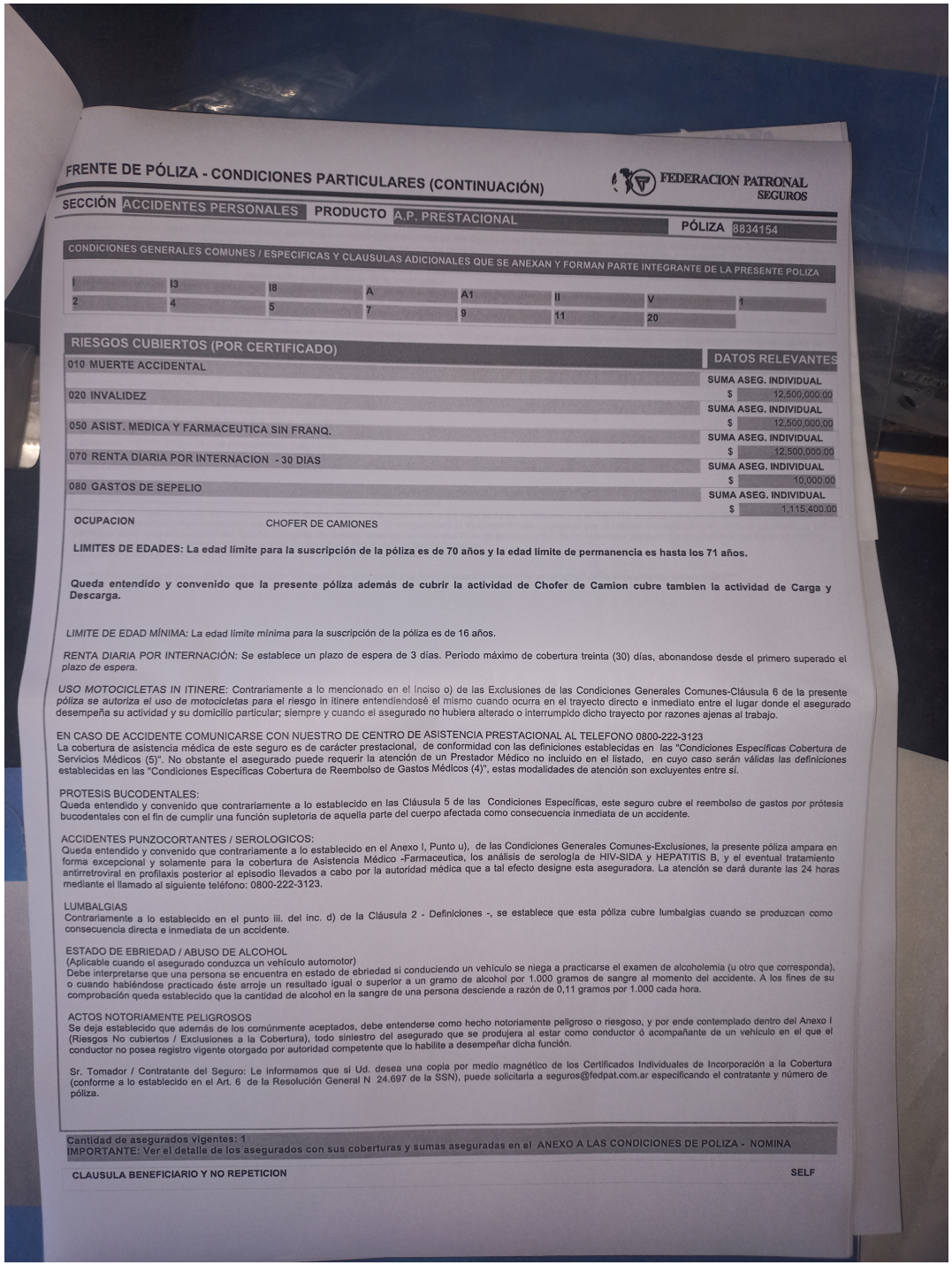
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al 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

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

Diego Fernando Vallina
Gerente General

SELF



FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 8834154

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

I	I3	I8	A	A1	II	V	1
2	4	5	7	9	11	20	

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE ACCIDENTAL	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 12,500,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 12,500,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 12,500,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 10,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 1,115,400.00

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.

Queda entendido y convenido que la presente póliza además de cubrir la actividad de Chofer de Camion cubre tambien la actividad de Carga y Descarga.

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 comúnrmente 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: 1
IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA

CLAUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION **SELF**

ENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

ECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 3834154

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud.

Se instituye beneficiario en primer término a éstas personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservaran su derecho solo sobre el saldo de la prestación:

a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados.

b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.

Previa citación a las mismas para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se harán directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.

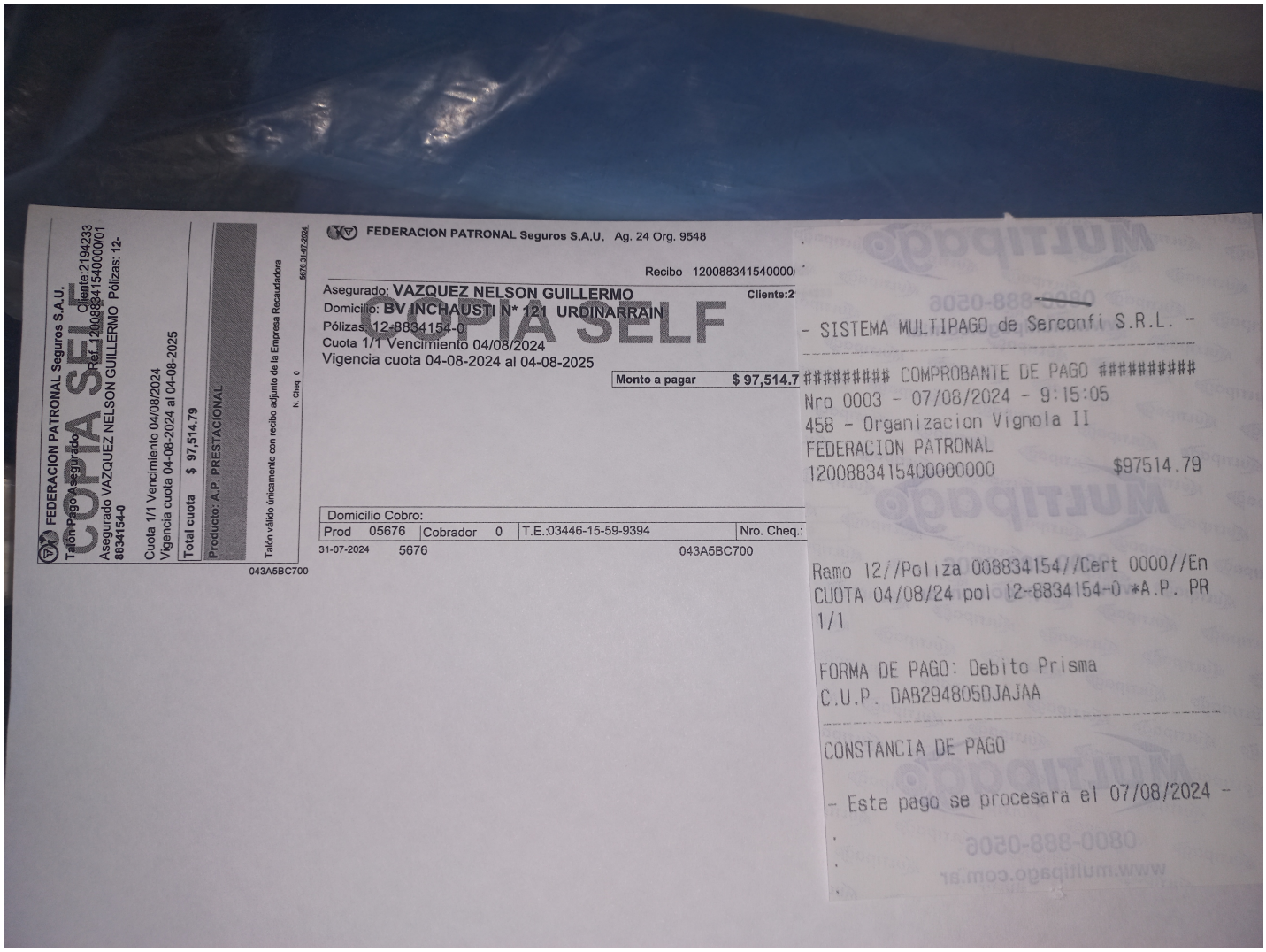
Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados

Empresa: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137375
Empresa: ADECO AGROPECUARIA S.A. - cuit: 30618705672
Empresa: SANOVO GREENPACK ARGENTINA S.R - cuit: 30697251282
Empresa: CEMENTOS HOLCIM ARGENTINA S.A. - cuit:
Empresa: PILAGA S.A. 30-50689859-1 - cuit: 30506898591
Empresa: LDC ARGENTINA S.A. - cuit: 30526712729

CUIP:
0726201002000000000000000000883415400000000000992028779121 77-10000003847100000461530500 57

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, s perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativ 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



FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.
Talón Pago Asegurado
Cliente:2194233
Ref.:120088341540000/01
Asegurado VAZQUEZ NELSON GUILLERMO Pólizas: 12-8834154-0
Cuota 1/1 Vencimiento 04/08/2024
Vigencia cuota 04-08-2024 al 04-08-2025
Total cuota $ 97,514.79
Producto: A.P. PRESTACIONAL
Talón válido únicamente con recibo adjunto de la Empresa Recaudadora
N. Cheq. 0
5676 31-07-2024
043A5BC700

COPIA SELF

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U. Ag. 24 Org. 9548

Recibo 120088341540000

Asegurado: VAZQUEZ NELSON GUILLERMO Cliente:2

Domicilio: BV INCHAUSTI N* 121 URDINARRAIN

Pólizas: 12-8834154-0

Cuota 1/1 Vencimiento 04/08/2024

Vigencia cuota 04-08-2024 al 04-08-2025

Monto a pagar $ 97,514.7

Domicilio Cobro:					
Prod 05676	Cobrador 0	T.E.:03446-15-59-9394	Nro. Cheq.:		
31-07-2024	5676	043A5BC700			

- SISTEMA MULTIPAGO de Serconfi S.R.L. -

######### COMPROBANTE DE PAGO ##########
Nro 0003 - 07/08/2024 - 9:15:05
456 - Organizacion Vignola II
FEDERACION PATRONAL
120088341540000000 $97514.79

Ramo 12//Poliza 008834154//Cert 0000//En CUOTA 04/08/24 pol 12-8834154-0 *A.P. PR 1/1

FORMA DE PAGO: Debito Prisma
C.U.P. DAB294805DJAJAA

CONSTANCIA DE PAGO

- Este pago se procesara el 07/08/2024 -