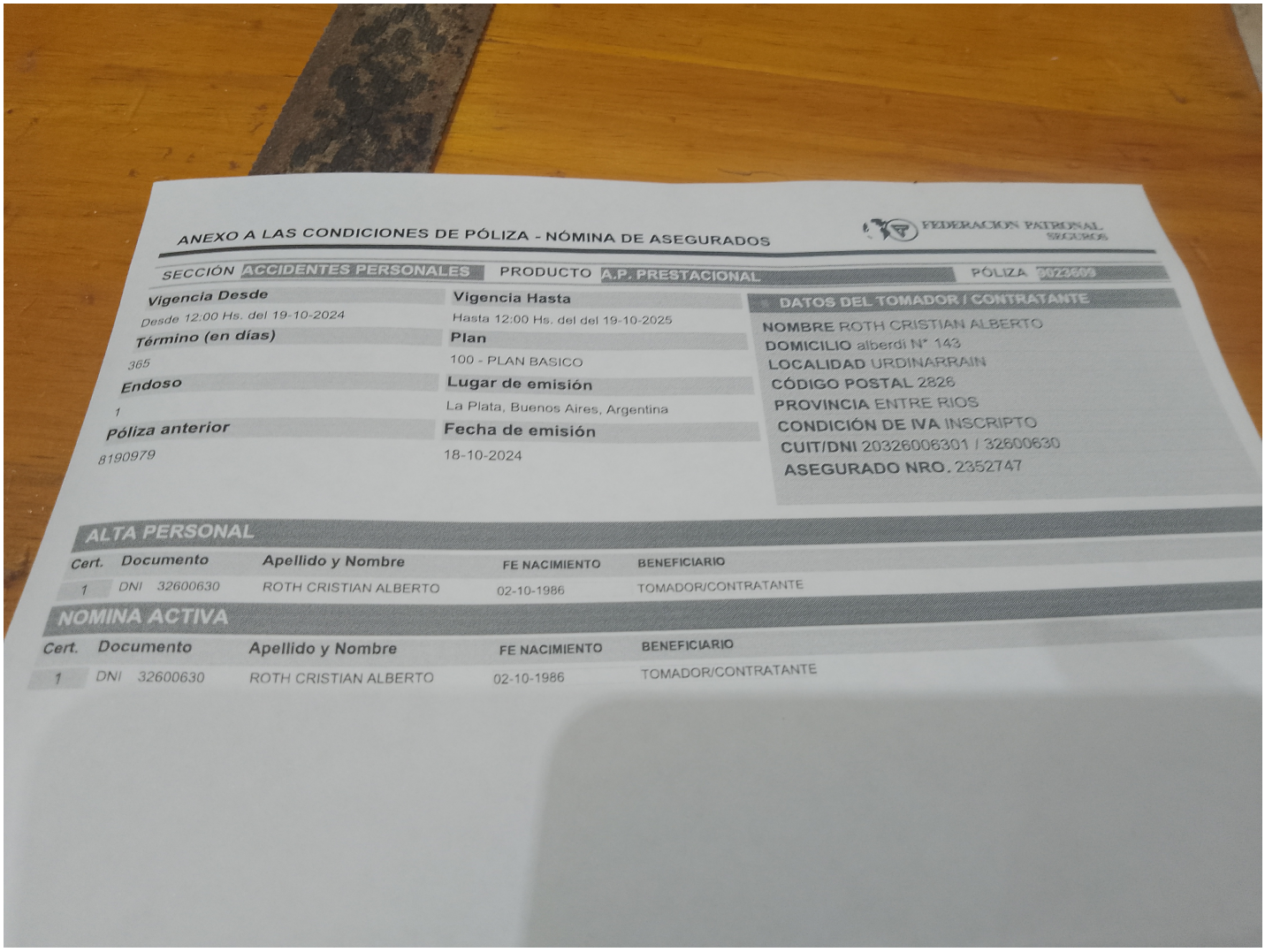


ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES | PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL | PÓLIZA 3023609

Vigencia Desde
Desde 12:00 Hs. del 19-10-2024

Vigencia Hasta
Hasta 12:00 Hs. del del 19-10-2025

Término (en días)
365

Plan
100 - PLAN BASICO

Endoso
1

Lugar de emisión
La Plata, Buenos Aires, Argentina

Póliza anterior
8190979

Fecha de emisión
18-10-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE ROTH CRISTIAN ALBERTO
DOMICILIO alberdi N° 143
LOCALIDAD URDINARRAIN
CÓDIGO POSTAL 2826
PROVINCIA ENTRE RIOS
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20326006301 / 32600630
ASEGURADO NRO. 2352747

ALTA PERSONAL

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 32600630	ROTH CRISTIAN ALBERTO	02-10-1986	TOMADOR/CONTRATANTE

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 32600630	ROTH CRISTIAN ALBERTO	02-10-1986	TOMADOR/CONTRATANTE

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA 8023809

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: LOMA NEGRA CIA INDUSTRIAL ARGE - cuit: 30500530851
Empresa: ARCOR S A I C - cuit: 30502793175
Empresa: PILAGA S.A. - cuit: 30506898591
Empresa: TERMINAL PUERTO ROSARIO S.A. - cuit: 30708096063
Empresa: MOLCA SA - cuit: 30701305686
Empresa: AGRICULTORES FEDERADOS ARGENTI - cuit: 30525718626
Empresa: COOPERATIVA ELECTRICA DE GALVE - cuit: 30545717928
Empresa: TERMINALES Y SERVICIOS S.A. - cuit: 30693844688
Empresa: UNION CEREALERA S.A. - cuit: 30630214447

CUIP:
0726201002000000000000000000902360900000000001152032600630 11-10000003847100000461530500 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 Financie (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 seguro perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la nor 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

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA 9023609

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

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

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE ACCIDENTAL	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 15,000,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 15,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 15,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 10,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 1,398,276.00
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 descripta anteriormente; cubre las siguientes actividades: Servicio de transporte urbano de carga - 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 supera 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 pr 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 ase 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 Cobe 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 defi 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 Específicas, este seguro cubre el reembolso de gastos por 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 am forma excepcional y solamente para la cobertura de Asistencia Médico -Farmaceutica, los análisis de serología de HIV-SIDA y HEPATITIS B, y el eventual trata 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 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 produzca 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 corr 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 fi 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.

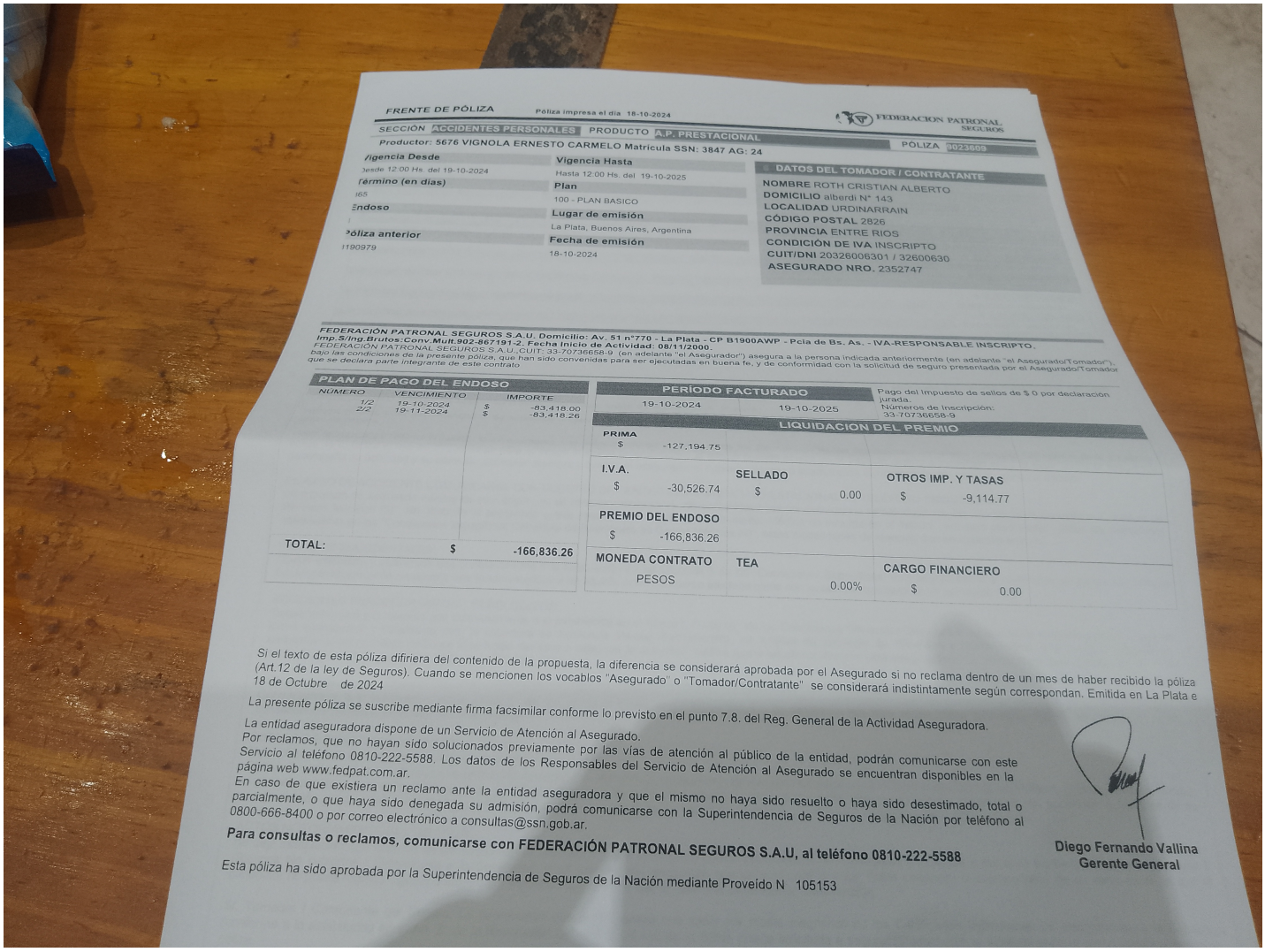
ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo e 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 (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 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 - NO

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 esp



FRENTE DE PÓLIZA — Póliza impresa el día 18-10-2024

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES — PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL — PÓLIZA 0023609

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

Vigencia Desde	Desde 12.00 Hs. del 19-10-2024
Término (en días)	365
Endoso	1
Póliza anterior	1190979
Vigencia Hasta	Hasta 12.00 Hs. del 19-10-2025
Plan	100 - PLAN BASICO
Lugar de emisión	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Fecha de emisión	18-10-2024

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE ROTH CRISTIAN ALBERTO
DOMICILIO alberdi N° 143
LOCALIDAD URDINARRAIN
CÓDIGO POSTAL 2826
PROVINCIA ENTRE RIOS
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20326006301 / 32600630
ASEGURADO NRO. 2352747

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
1/2	19-10-2024	$ -83,418.00
2/2	19-11-2024	$ -83,418.26
TOTAL:		$ -166,836.26

PERÍODO FACTURADO

19-10-2024 — 19-10-2025

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

LIQUIDACIÓN DEL PREMIO

PRIMA $ -127,194.75		
I.V.A. $ -30,526.74	SELLADO $ 0.00	OTROS IMP. Y TASAS $ -9,114.77
PREMIO DEL ENDOSO $ -166,836.26		
MONEDA CONTRATO PESOS	TEA 0.00%	CARGO FINANCIERO $ 0.00

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida en La Plata el 18 de Octubre de 2024

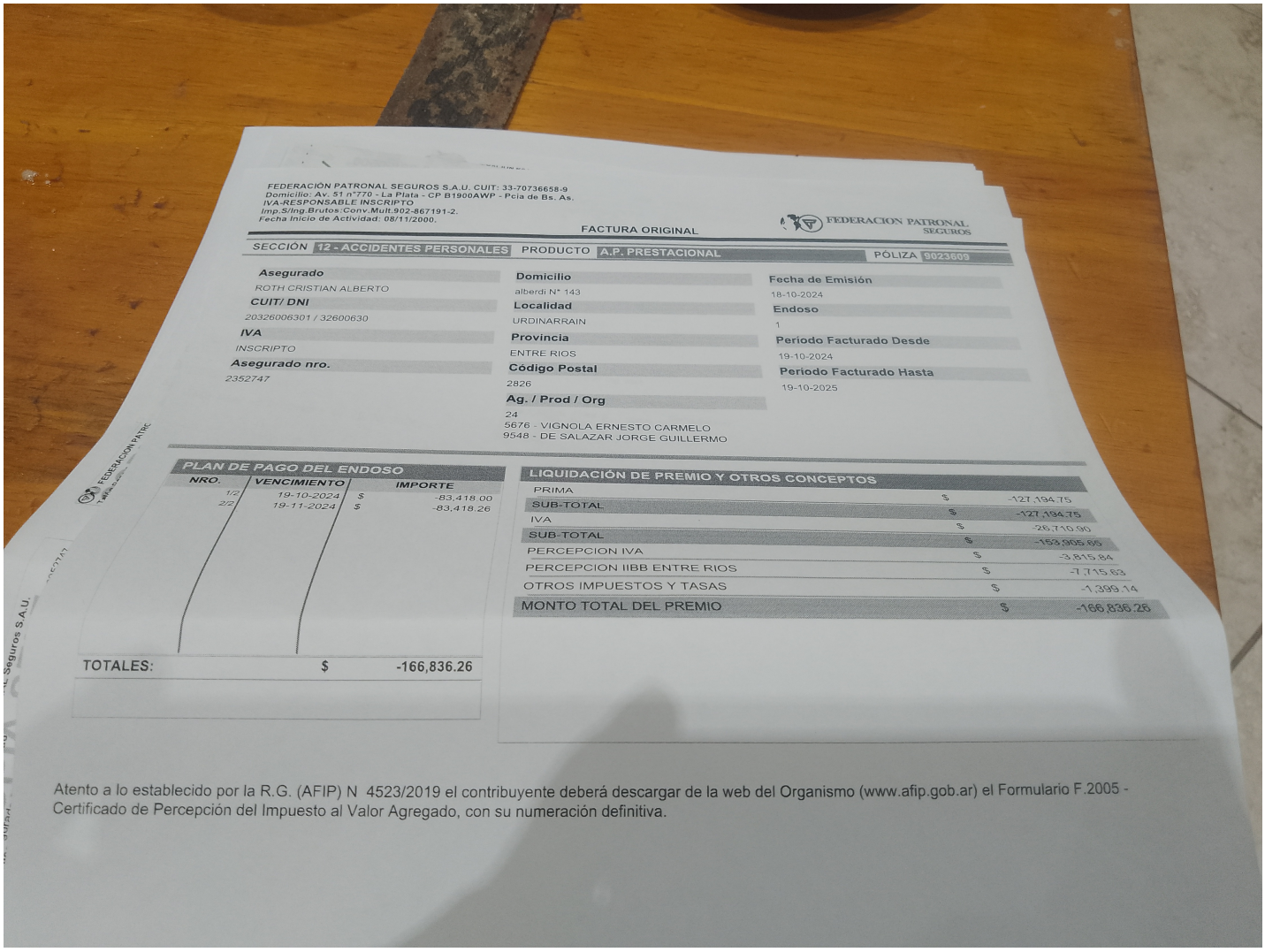
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reg. General de la Actividad Aseguradora.

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

Diego Fernando Vallina
Gerente General

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



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

FACTURA ORIGINAL

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN 12 - ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA 9023609

Asegurado
ROTH CRISTIAN ALBERTO

CUIT/ DNI
20326006301 / 32600630

IVA
INSCRIPTO

Asegurado nro.
2352747

Domicilio
alberdi N° 143

Localidad
URDINARRAIN

Provincia
ENTRE RIOS

Código Postal
2826

Ag. / Prod / Org
24
5676 - VIGNOLA ERNESTO CARMELO
9548 - DE SALAZAR JORGE GUILLERMO

Fecha de Emisión
18-10-2024

Endoso
1

Período Facturado Desde
19-10-2024

Período Facturado Hasta
19-10-2025

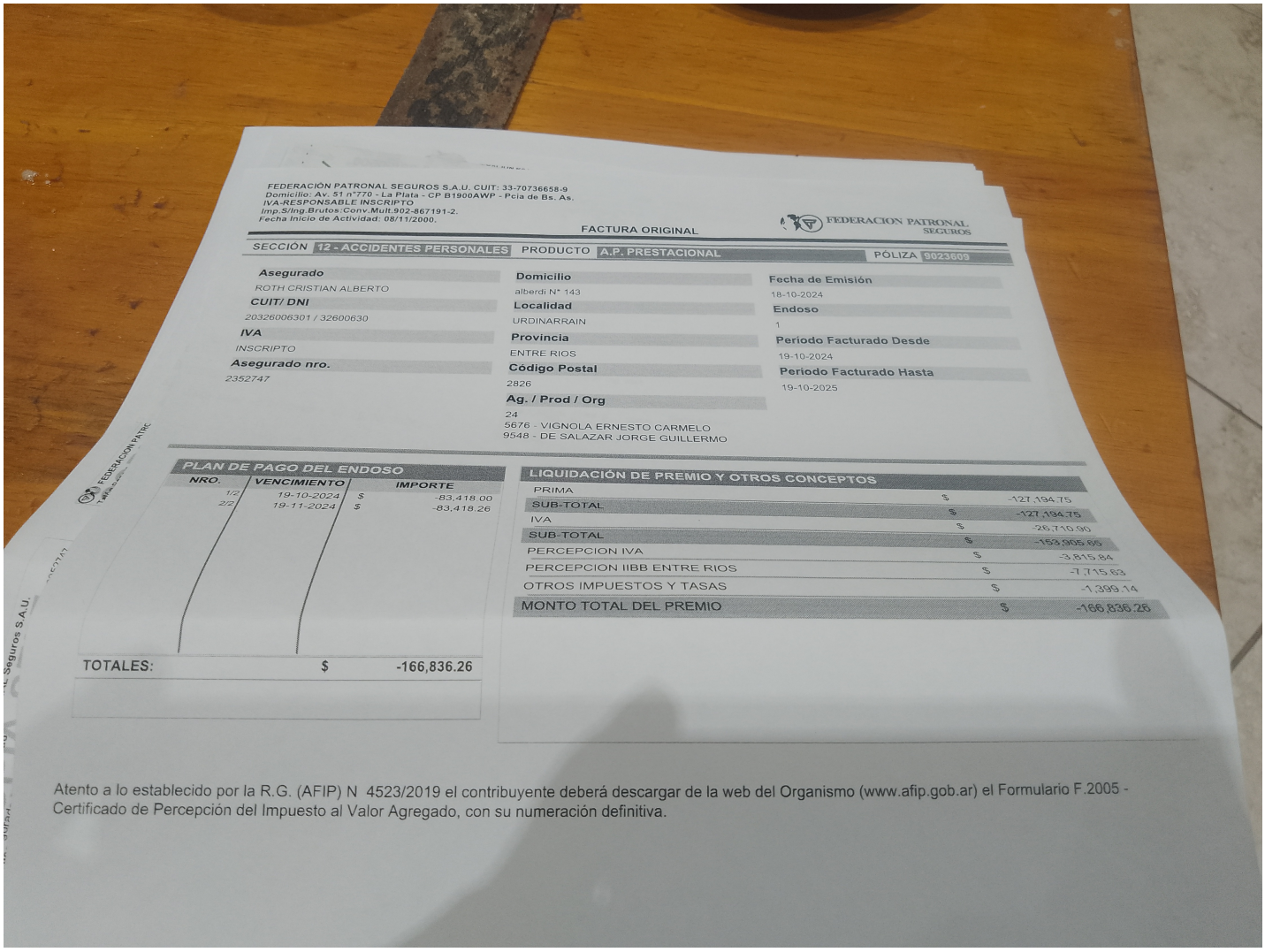
PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO		IMPORTE
1/2	19-10-2024	$	-83,418.00
2/2	19-11-2024	$	-83,418.26
TOTALES:		$	-166,836.26

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA	$	-127,194.75
SUB-TOTAL	$	-127,194.75
IVA	$	-26,710.90
SUB-TOTAL	$	-153,905.65
PERCEPCION IVA	$	-3,815.84
PERCEPCION IIBB ENTRE RIOS	$	-7,715.83
OTROS IMPUESTOS Y TASAS	$	-1,399.14
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	-166,836.26

Atento a lo establecido por la R.G. (AFIP) N 4523/2019 el contribuyente deberá descargar de la web del Organismo (www.afip.gob.ar) el Formulario F.2005 - Certificado de Percepción del Impuesto al Valor Agregado, con su numeración definitiva.



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

FACTURA ORIGINAL

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN 12 - ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA 9023609

Asegurado
ROTH CRISTIAN ALBERTO

CUIT/ DNI
20326006301 / 32600630

IVA
INSCRIPTO

Asegurado nro.
2352747

Domicilio
alberdi N° 143

Localidad
URDINARRAIN

Provincia
ENTRE RIOS

Código Postal
2826

Ag. / Prod / Org
24
5676 - VIGNOLA ERNESTO CARMELO
9548 - DE SALAZAR JORGE GUILLERMO

Fecha de Emisión
18-10-2024

Endoso
1

Período Facturado Desde
19-10-2024

Período Facturado Hasta
19-10-2025

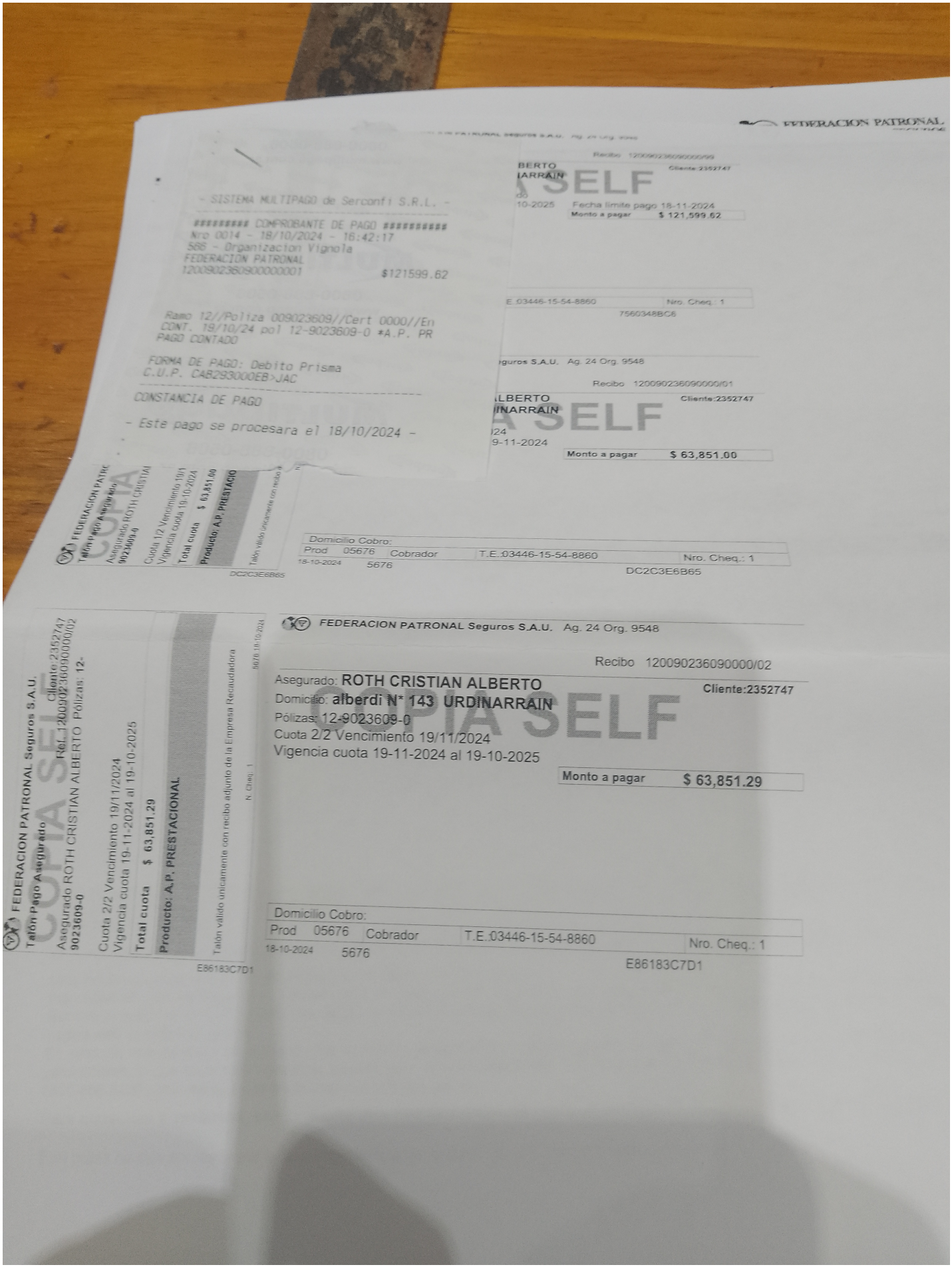
PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO		IMPORTE
1/2	19-10-2024	$	-83,418.00
2/2	19-11-2024	$	-83,418.26
TOTALES:		$	-166,836.26

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA	$	-127,194.75
SUB-TOTAL	$	-127,194.75
IVA	$	-26,710.90
SUB-TOTAL	$	-153,905.65
PERCEPCION IVA	$	-3,815.84
PERCEPCION IIBB ENTRE RIOS	$	-7,715.83
OTROS IMPUESTOS Y TASAS	$	-1,399.14
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	-166,836.26

Atento a lo establecido por la R.G. (AFIP) N 4523/2019 el contribuyente deberá descargar de la web del Organismo (www.afip.gob.ar) el Formulario F.2005 - Certificado de Percepción del Impuesto al Valor Agregado, con su numeración definitiva.



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

########## COMPROBANTE DE PAGO ##########
Nro 0014 - 18/10/2024 - 16:42:17
566 - Organizacion Vignola
FEDERACION PATRONAL
12009023609000000001 $121599.62

Ramo 12//Poliza 009023609//Cert 0000//En
CONT. 19/10/24 pol 12-9023609-0 *A.P. PR
PAGO CONTADO

FORMA DE PAGO: Debito Prisma
C.U.P. CAB293000EB>JAC

CONSTANCIA DE PAGO

- Este pago se procesara el 18/10/2024 -

FEDERACION PATRONAL

Recibo 120090236090000/00
Cliente:2352747

BERTO
IARRAIN

A SELF

10-2025 Fecha limite pago 18-11-2024
Monto a pagar $ 121,599.62

E.:03446-15-54-8860 Nro. Cheq.: 1
7560348BC6

guros S.A.U. Ag. 24 Org. 9548

Recibo 120090236090000/01
Cliente:2352747

LBERTO
INARRAIN

A SELF

/24
9-11-2024
Monto a pagar $ 63,851.00

FEDERACION PATRONAL
Talón Pago Asegurado
Asegurado ROTH CRISTIAN
9023609-0
Cuota 1/2 Vencimiento 19/1
Vigencia cuota 19-10-2024
Total cuota $ 63,851.00
Producto A.P. PRESTACIO
Talón válido únicamente con recibo
COPIA
DC2C3E6B65

Domicilio Cobro:
Prod 05676 Cobrador T.E.:03446-15-54-8860 Nro. Cheq.: 1
18-10-2024 5676
DC2C3E6B65

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.
Talón Pago Asegurado
Asegurado ROTH CRISTIAN ALBERTO Polizas: 12-9023609-0
Cuota 2/2 Vencimiento 19/11/2024
Vigencia cuota 19-11-2024 al 19-10-2025
Total cuota $ 63,851.29
Producto: A.P. PRESTACIONAL
Talón válido unicamente con recibo adjunto de la Empresa Recaudadora
N. Cheq. 1
5676 18-10-2024
COPIA SELF
Cliente:2352747
Rec. 120090236090000/02
E86183C7D1

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

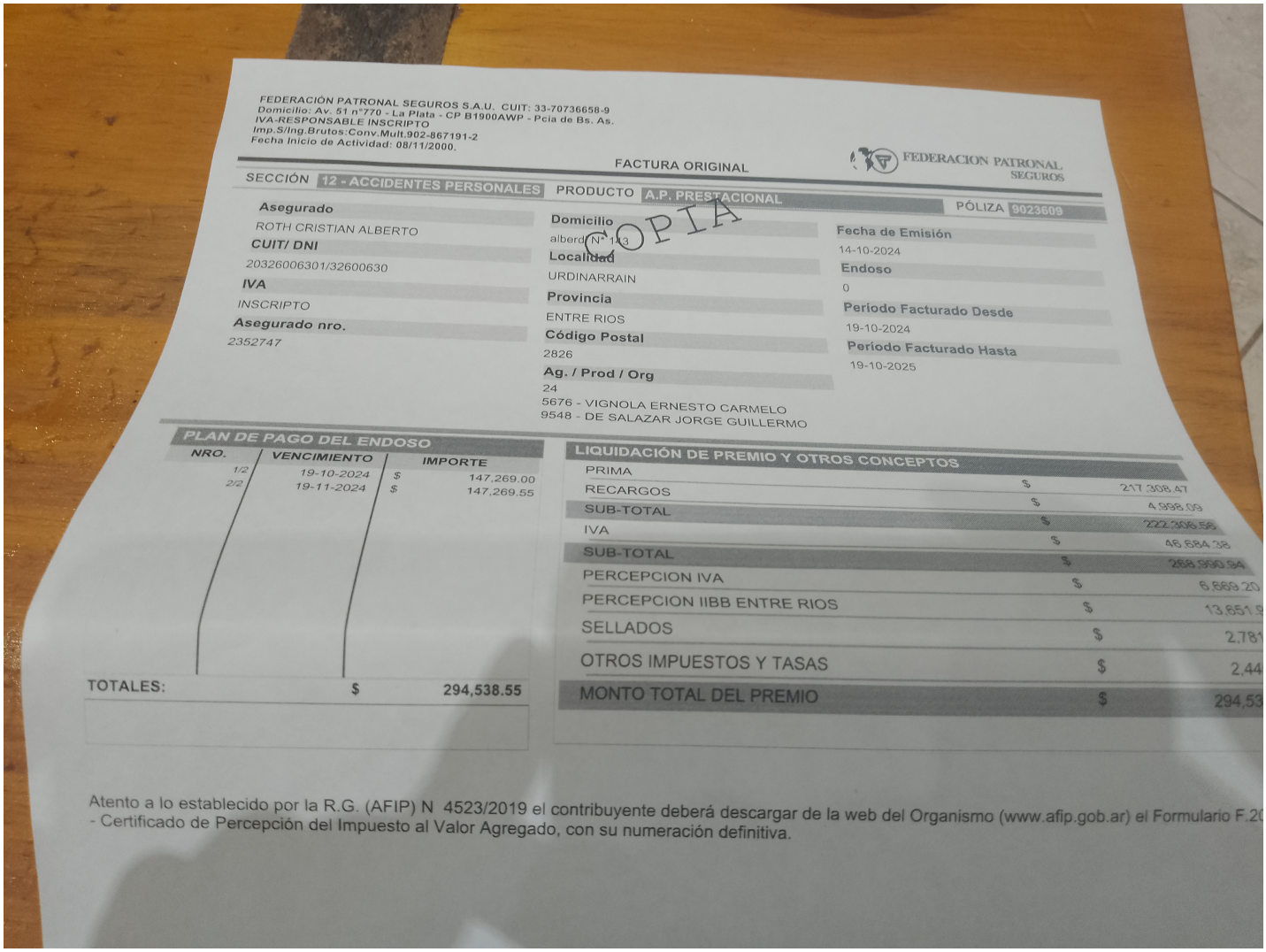
Recibo 120090236090000/02

Asegurado: ROTH CRISTIAN ALBERTO
Cliente:2352747
Domicilio: alberdi N° 143 URDINARRAIN
Pólizas: 12-9023609-0
Cuota 2/2 Vencimiento 19/11/2024
Vigencia cuota 19-11-2024 al 19-10-2025

COPIA SELF

Monto a pagar $ 63,851.29

Domicilio Cobro:
Prod 05676 Cobrador T.E.:03446-15-54-8860 Nro. Cheq.: 1
18-10-2024 5676
E86183C7D1



FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. CUIT: 33-70736658-9
Domicilio: Av. 51 nº770 - 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.

FACTURA ORIGINAL

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN 12 - ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA 9023609

COPIA

Asegurado
ROTH CRISTIAN ALBERTO

CUIT/ DNI
20326006301/32600630

IVA
INSCRIPTO

Asegurado nro.
2352747

Domicilio
alberdi N° 143

Localidad
URDINARRAIN

Provincia
ENTRE RIOS

Código Postal
2826

Ag. / Prod / Org
24
5676 - VIGNOLA ERNESTO CARMELO
9548 - DE SALAZAR JORGE GUILLERMO

Fecha de Emisión
14-10-2024

Endoso
0

Período Facturado Desde
19-10-2024

Período Facturado Hasta
19-10-2025

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/2	19-10-2024	$ 147,269.00
2/2	19-11-2024	$ 147,269.55
TOTALES:		$ 294,538.55

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA		
RECARGOS	$	217,308.47
SUB-TOTAL	$	4,999.09
IVA	$	222,306.56
SUB-TOTAL	$	46,884.38
PERCEPCION IVA	$	268,990.94
PERCEPCION IIBB ENTRE RIOS	$	6,869.20
SELLADOS	$	13,851.9
OTROS IMPUESTOS Y TASAS	$	2,781
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	2,44
	$	294,53

Atento a lo establecido por la R.G. (AFIP) N 4523/2019 el contribuyente deberá descargar de la web del Organismo (www.afip.gob.ar) el Formulario F.20
- Certificado de Percepción del Impuesto al Valor Agregado, con su numeración definitiva.