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 9899064

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

COPIA

Fecha de Emisión | **Endoso**
05-10-2025 | 0

Período Facturado Desde - Hasta
19-10-2025 - 19-10-2026

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

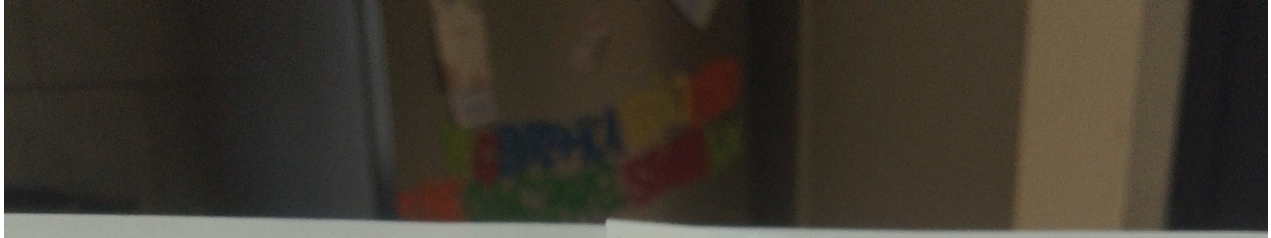
PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO		IMPORTE
1/2	19-10-2025	$	72,339.00
2/2	19-11-2025	$	72,339.22
TOTALES:		$	144,678.22

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA	$	112,291.35
RECARGOS	$	1,751.75
SUBTOTAL GRAVADO (PRECIO SIN IMPUESTOS)	$	114,043.10
IVA	$	23,949.05
SUB-TOTAL	$	137,992.15
PERCEPCION IVA	$	3,421.29
PERCEPCION IIBB ENTRE RIOS	$	583.62
SELLADOS ENTRE RIOS	$	1,426.68
TASA SUPERINTENDENCIA	$	684.26
CONTRIBUCIÓN INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES	$	570.22
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	144,678.22

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.
Las compañías de seguros se encuentran exceptuadas de la obligación de emitir comprobantes,dispuesta por la Resolución General N 1415/03 de la AFIP, conforme lo establecido en el Inciso d) de su Anexo I.
El cómputo del crédito fiscal dependerá, entre otras cuestiones que establezca la normativa vigente,de la condición de IVA del sujeto receptor del presente comprobante.



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

Recibo 12009899064

o: ROTH CRISTIAN ALBERTO
: alberdi N° 143 URDINARRAIN
12-9899064-0
ago contado saldo facturado
a cuota 19-10-2025 al 19-10-2026

Clie

Fecha límite pago 18-1

Monto a pagar $ 14

COPIA SELF

icilio Cobro:
05676 Cobrador T.E.03446-15-54-8860 N
025 5676 32296A31C

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

######### COMPROBANTE DE PAGO #########
Nro 0003 - 28/10/2025 - 10:30:20
458 - Organizacion Vignola II
FEDERACION PATRONAL
12009899064000000000 $142539.33

Ramo 12//Poliza 009899064//Cert 0000//En
CONT. 19/10/25 pol 12-9899064-0 *A.P. PR
PAGO CONTADO

FORMA DE PAGO: Efectivo
C.U.P. JAB298806DJ<JAA

CONSTANCIA DE PAGO

- Este pago se procesara el 28/10/2025 -

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

Recibo 1200989

gurado: ROTH CRISTIAN ALBERTO
icilio: alberdi N° 143 URDINARRAIN
zas: 12-9899064-0
ta 1/2 Vencimiento 19/10/2025
encia cuota 19-10-2025 al 19-11-2025

Monto a pagar

COPIA SELF

Domicilio Cobro:
Prod 05676 Cobrador T.E.03446-15-54-8860 Nro. Cheq.: 0
-10-2025 5676 FCBA8BC556

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

Recibo 120098990640000/02

Cliente:2352747

gurado: ROTH CRISTIAN ALBERTO
icilio: alberdi N° 143 URDINARRAIN
zas: 12-9899064-0
ta 2/2 Vencimiento 19/11/2025
encia cuota 19-11-2025 al 19-10-2026

Monto a pagar $ 72,339.22

COPIA SELF

nicilio Cobro:
05676 Cobrador T.E.03446-15-54-8860 Nro. Cheq.: 0
2025 5676 805E438843

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

FRENTE DE PÓLIZA — Póliza impresa el dia 06-10-2025

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES — PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL — PÓLIZA 9899064

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

Vigencia Desde	**Vigencia Hasta**
Desde 12:00 Hs. del 19-10-2025	Hasta 12:00 Hs. del 19-10-2026
Término (en días)	**Plan**
365	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
0023609	05-10-2025

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/Tom 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/T que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/2	19-10-2025	$ 72,339.00
2/2	19-11-2025	$ 72,339.22
TOTAL:		$ 144,678.22

PERÍODO FACTURADO

19-10-2025 — 19-10-2026

Pago del Impuesto de sellos de $ 1426.68 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA	$ 112,291.35				
I.V.A.	$ 27,370.34	SELLADO	$ 1,426.68	OTROS IMP. Y TASAS	$ 1,153.84
PREMIO DEL ENDOSO	$ 144,678.22				
MONEDA CONTRATO	PESOS	TEA	45.33%	CARGO FINANCIERO	$ 1,751.75

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 recib (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida e 05 de Octubre de 2025

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
Gerente Ge

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

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 9899064

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 RELEVANTE
010 MUERTE ACCIDENTAL	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 18,000,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 18,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 18,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 30,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	SUMA ASEG. INDIVIDUAL $ 1,771,000.00
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.

AMBITO DE COBERTURA
Queda entendido y convenido que la presente póliza brinda cobertura en toda la Republica Argentina como así tambien en aquellos paises con los que el pais mantiene relaciones diplomaticas, siempre que las personas nominadas se encuentren cumpliendo actividades relacionadas a la actividad descripta en póliza.

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN: Se establece un plazo de espera de 3 días. Período máximo de cobertura treinta (30) días, abonandose desde el primero superado el plazo de espera.

USO MOTOCICLETAS IN ITINERE: Contrariamente a lo mencionado en el Inciso o) de las Exclusiones de las Condiciones Generales Comunes-Cláusula 6 de la presente póliza se autoriza el uso de motocicletas para el riesgo in itinere entendiendosé el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

EN CASO DE ACCIDENTE COMUNICARSE CON NUESTRO DE CENTRO DE ASISTENCIA PRESTACIONAL AL TELEFONO 0800-222-3123
La cobertura de asistencia médica de este seguro es de carácter prestacional, de conformidad con las definiciones establecidas en las "Condiciones Especificas Cobertura de Servicios Médicos (5)". No obstante el asegurado puede requerir la atención de un Prestador Médico no incluido en el listado, en cuyo caso serán válidas las definiciones establecidas en las "Condiciones Especificas Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos (4)", estas modalidades de atención son excluyentes entre sí.

PROTESIS BUCODENTALES:
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones 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.

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA 9899064

CLÁUSULA DE BENEFICIARIOS Y/O NO REPETICIÓN Y/O NO ANULACIÓN

CLÁUSULA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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 las 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 al/los beneficiario/s para que en el término de tres días invoque/n su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.

CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

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

CLÁUSULA DE NO ANULACIÓN Y/O MODIFICACIÓN

Esta Aseguradora se obliga a comunicar, en forma fehaciente, los incumplimientos a la póliza en que incurra el Asegurado, y especialmente la falta de pago en término dentro de los diez (10) días de verificado.
Las pólizas no serán modificadas ni anuladas sin previa comunicación fehaciente a las personas o empresas mencionadas más abajo con una antelación mínima de diez (10) días de producido el incumplimiento.

LAS CLÁUSULAS DE BENEFICIARIOS Y/O NO REPETICIÓN Y/O NO ANULACIÓN SERAN DE APLICACIÓN PARA LAS SIGUIENTES

PERSONAS Y/O EMPRESAS DESIGNADAS:

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:
0726201002000000000000000000098990640000000000099203260063018-10000003847100000461530500 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, 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