FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.U.

Talón Pago Asegurado Cliente:5331126 Ref. 120099531120000/04

Asegurado BARBINI WALTER MAURICIO Pólizas: 12-9953112-0

Cuota 4/12 Vencimiento 02/02/2026

Vigencia cuota 02-02-2026 al 02-03-2026

Total cuota $ 10,352.00

Producto: A.P. PRESTACIONAL

Talón válido únicamente con recibo adjunto de la Empresa Recaudadora

N. Cheq: 0

30303 13-11-2025

22D8D7A95F

COPIA SELF

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

Recibo 120099531120000/04

Cliente:5331126

Asegurado: BARBINI WALTER MAURICIO

Domicilio: ROSARIO BUSTOS DE ZAPATA S/N N° 1 LA CONSULTA

Pólizas: 12-9953112-0

Cuota 4/12 Vencimiento 02/02/2026

Vigencia cuota 02-02-2026 al 02-03-2026

Monto a pagar $ 10,352.00

PAGADO

Domicilio Cobro:

Prod 30303 Cobrador 0 T.E.:02622-15-52-0667 Nro. Cheq.: 0

13-11-2025 30303

22D8D7A95F

09:54 83%

Comprobante

mercado pago

Comprobante de pago
#143795571143

Pagaste a

Federación Patronal

Total pagado

$ 10.352,00

Detalle de operación

Valor de la factura	$ 10.352,00
Total pagado	$ 10.352,00

DNI o CUIT
25375377

Número de transacción
123081289

Pagador	Fecha de pago
WALTER MAURICIO BARBINI	02/02/2026 09:53:58

Si bien se respetará la fecha de pago emitida en este comprobante, la empresa puede demorar hasta 48 horas hábiles en verlo reflejado. Encontrá más información en la sección Ayuda de Cuentas y servicios.

Si necesitás contactarte con Pago Fácil para realizar alguna consulta sobre tu pago, llamá al 0800-444-3224 o ingresá en www.pagofacil.com.ar.

<small>*** 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 0031 L26002 02/02/2026 09:54:00 666329F1 120099531120000 $$$$$$$$10352,00 8CU 8CU FEDERACION PATRONAL POLIZA N 0000-12-009953112-200-00 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 </small>
13712009953112000000010010352000012O 2266O

Con el apoyo de

Impreso el dia 13-11-2025

CERTIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 9953112

Vigencia Desde	**Vigencia Hasta**
esde 12:00 Hs. del 02-11-2025	Hasta 12:00 Hs. del 02-11-2026
érmino (en dias)	**Plan**
35	100 - PLAN BASICO
ndoso	**Lugar de emisión**
	La Plata, Buenos Aires, Argentina
óliza anterior	**Fecha de emisión**
059344	28-10-2025

DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

NOMBRE BARBINI WALTER MAURICIO
DOMICILIO ROSARIO BUSTOS DE ZAPATA S/N N° 1
LOCALIDAD LA CONSULTA
CÓDIGO POSTAL 5567
PROVINCIA MENDOZA
CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FINAL
CUIT/DNI 20253753774 / 25375377
ASEGURADO NRO. 5331126

IESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

* RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO):

		SUMAS ASEGURADAS	
010	MUERTE ACCIDENTAL	$	17,000,000.00
020	INVALIDEZ	$	17,000,000.00
060	ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	$	17,000,000.00
070	RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	$	30,000.00
080	GASTOS DE SEPELIO	$	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 país mantiene relaciones diplomáticas, 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 entendiendose el mismo cuando ocurra en el trayecto directo e inmediato entre el lugar donde el asegurado desempeña su actividad y su domicilio particular; siempre y cuando el asegurado no hubiera alterado o interrumpido dicho trayecto por razones ajenas al trabajo.

EN CASO DE ACCIDENTE COMUNICARSE CON NUESTRO 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 si.

PROTESIS BUCODENTALES.
Queda entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en las Cláusula 5 de las Condiciones Especificas este seguro cubre el reembolso de gastos por prótesis bucodentales con el fin de cumplir una función suplefona 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 Clausula 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 este 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.

TIFICADO DE COBERTURA

FEDERACION

ÓN ACCIDENTES PERSONALES PRODUCTO A.P. PRESTACIONAL PÓLIZA

a Desde	Vigencia Hasta	DATOS DEL TOMADOR/CONTRATA
00 Hs. del 02-11-2025	Hasta 12:00 Hs. del 02-11-2026	NOMBRE BARBINI WALTER MAURICIO
o (en días)	Plan	DOMICILIO ROSARIO BUSTOS DE ZAP
	100 - PLAN BASICO	LOCALIDAD LA CONSULTA
	Lugar de emisión	CÓDIGO POSTAL 5567
	La Plata, Buenos Aires, Argentina	PROVINCIA MENDOZA
nterior	Fecha de emisión	CONDICIÓN DE IVA CONSUMIDOR FIN
	28-10-2025	CUIT/DNI 20253753774 / 25375377
		ASEGURADO NRO. 5331126

A ACTIVA

Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
DNI 25375377	BARBINI WALTER MAURICIO	22-06-1969	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)Ó HER. LEGALES

ntidad: 1

AUSULA BENEFICIARIO Y NO REPETICION

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

Instituye beneficiario en primer término a ésas personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preem tantes beneficiarios, que conservarán su derecho solo sobre el saldo de la prestación.

por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos ieran los asegurados.

or al monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los as os sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.

vía citación a las mismas para que en el término de tres días invoquen su derecho al cobro preferente conforme con los términos saldo de las prestaciones se harán directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de des resados se consignará judicialmente el importe.

a Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en l unciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclama tra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados.

RSONAS Y/O EMPRESAS

presa: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137370

: 07262010020000000000000000000998311200000000000009202637537749-10000098597200000017080700 73

diendo el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 13 días del mes de NOVIEMBRE de 2025, a pedido del Asegurado y intado ante quien corresponda.-

óliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N° 105153

RTANTE: LA EMISION DEL PRESENTE CERTIFICADO NO IMPLICA RENUNCIAR A OPONER LA SUSPENSION O CADUCIDAD L COBERTURA POR CONDICION DE POLIZA.-

Diego Ferr
Gerente

rg: 72510 Prod: 30303