PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 10807228

Plan de pago consolidado:

Período facturado 27-10-2026 al 27-10-2027
*** Póliza: 12-10807228-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 0)**

ASEGURADO: 2676481 DELCAUSSE ANGEL FABIAN

CUIT/CUIL: 20272137545 DNI: 27213754 Domicilio: SAN LUIS N* 924
Localidad: GUALEGUAYCHU Pcia: ENTRE RIOS CP: 2820

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 26-11-2026	PESOS		1,552,583.87
1/12 Vencimiento 27/10/2026.	PESOS	144,826.00	144,826.00
2/12 Vencimiento 27/11/2026.	PESOS	144,826.00	144,826.00
3/12 Vencimiento 27/12/2026.	PESOS	144,826.00	144,826.00
4/12 Vencimiento 27/01/2027.	PESOS	144,826.00	144,826.00
5/12 Vencimiento 27/02/2027.	PESOS	144,826.00	144,826.00
6/12 Vencimiento 27/03/2027.	PESOS	144,826.00	144,826.00
7/12 Vencimiento 27/04/2027.	PESOS	144,826.00	144,826.00
8/12 Vencimiento 27/05/2027.	PESOS	144,826.00	144,826.00
9/12 Vencimiento 27/06/2027.	PESOS	144,826.00	144,826.00
10/12 Vencimiento 27/07/2027.	PESOS	144,826.00	144,826.00
11/12 Vencimiento 27/08/2027.	PESOS	144,826.00	144,826.00
12/12 Vencimiento 27/09/2027.	PESOS	144,820.25	144,820.25

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	**2676481**
Pagos Link	**2676481**
Visa Pago Puntual	**120108072280000**
Interbanking	**2676481**
Servicio de Pago Mastercard	**2676481**
Amex Pay	**DNI 27213754**

PAGO EN EFECTIVO	
Agente	**Identificación**
Cobro Express	**DNI 27213754**
Rapipago	**DNI 27213754**
Multipago	**DNI 27213754**
Pago Fácil	**DNI 27213754**
Provincia Net	**DNI 27213754**
Pronto Pago	**DNI 27213754**
Ripsa	**DNI 27213754**
Plus Pagos	**DNI 27213754**

– 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 27-10-2026

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 10807228

Productor: 1548 DE SALAZAR JORGE GUILLERMO Matrícula SSN: 46153 AG: 24

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 27-10-2026	Hasta 12:00 Hs. del 27-10-2027
Término (en días)	**Plan**
365	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
9919505	14-10-2026

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE DELCAUSSE ANGEL FABIAN
DOMICILIO SAN LUIS N* 924
LOCALIDAD GUALEGUAYCHU
CÓDIGO POSTAL 2820
PROVINCIA ENTRE RIOS
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20272137545 / 27213754
ASEGURADO NRO. 2676481

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	27-10-2026	$ 144,826.00
2/12	27-11-2026	$ 144,826.00
3/12	27-12-2026	$ 144,826.00
4/12	27-01-2027	$ 144,826.00
5/12	27-02-2027	$ 144,826.00
6/12	27-03-2027	$ 144,826.00
7/12	27-04-2027	$ 144,826.00
8/12	27-05-2027	$ 144,826.00
9/12	27-06-2027	$ 144,826.00
10/12	27-07-2027	$ 144,826.00
11/12	27-08-2027	$ 144,826.00
12/12	27-09-2027	$ 144,820.25
TOTAL:		**$ 1,737,906.25**

PERÍODO FACTURADO

27-10-2026	27-10-2027

Pago del Impuesto de sellos de $ 17137.58 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 1,218,131.37			
I.V.A. $ 328,778.53	**SELLADO** $ 17,137.58	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 13,860.14	
PREMIO DEL ENDOSO $ 1,737,906.25			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 30.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 151,779.17	

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 14 de Octubre de 2026

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	10807228

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
	$ 81,600,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 81,600,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 81,600,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 50,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 2,403,500.00

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 - Acompañante de Chofer.

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 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 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.

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	10807228

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

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 10807228

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: CEMENTOS AVELLANEDA S A - cuit: 30526047792
Empresa: R P B SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30663137375
Empresa: LOMA NEGRA CIA INDUSTRIAL ARGE - cuit: 30500530851
Empresa: PAREXKLAUKOL SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30556095597
Empresa: SAINT-GOBAIN ARGENTINA SA - cuit: 30500529071
Empresa: HOLCIM (ARGENTINA) SA - cuit: 30501111127
Empresa: COPRA SOCIEDAD ANONIMA - cuit: 30598110820
Empresa: IBERA MERCANTIL SA - cuit: 30710117809

ACTIVIDAD: . . . .

CUIP:
0726201002000000000000000001080722800000000000099202721375454-10000046153100000461530500 58

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** 10807228

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 27-10-2026	Hasta 12:00 Hs. del del 27-10-2027
Término (en días)	**Plan**
365	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
9919505	14-10-2026

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE DELCAUSSE ANGEL FABIAN
DOMICILIO SAN LUIS N* 924
LOCALIDAD GUALEGUAYCHU
CÓDIGO POSTAL 2820
PROVINCIA ENTRE RIOS
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 20272137545 / 27213754
ASEGURADO NRO. 2676481

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
1	DNI 27213754	DELCAUSSE ANGEL FABIAN	17-05-1979	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
3	DNI 43827882	DELCAUSSE VALENTIN	14-12-2001	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
4	DNI 29169651	SILVA DAMIAN ESTEBAN ANDRES	18-03-1982	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

SELF

ORIGINAL

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.U
CALLE 51 Nro 770 (B1900AWP) - LA PLATA
Provincia de Buenos Aires
Teléfono (0221)-429-0200

A

Código 01

Factura

Nº:0018-00049601

FECHA: 14/10/2026

CUIT 33-70736658-9
Ingr. Brutos Conv. Mult. N° 902-33707366589

IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

DATOS DEL RECEPTOR DEL COMPROBANTE

RAZON SOCIAL: **DELCAUSSE ANGEL FABIAN**
DOMICILIO: **SAN LUIS N* 924** C.POSTAL: **2820**
LOCALIDAD: **GUALEGUAYCHU** PROVINCIA: **ENTRE RIOS**
CUIT: **20272137545** CONDICION ANTE IVA: **IN**

CONDICION DE VENTA: **CONTADO** VENCIMIENTO: 24/10/2026

DATOS DE LA OPERACION

CONCEPTO	MONEDA	IMPORTE
Prima + Recargos Poliza 12/10807228/0 Endoso 0	$	1,369,910.54

SUBTOTAL	$	1,369,910.54
IVA 21	$	287,681.21
SUBTOTAL CON IVA	$	1,657,591.75
PERCEPCION IVA RI (3%)	$	41,097.32
TASA SERVICIOS SOCIALES	$	6,849.55
TASA SSN	$	8,219.46
IMPUESTO SELLOS 5 ENTRE RIOS	$	17,137.58
Percepcion IIBB ENTRE RIOS	$	7,010.59
TOTAL FACTURADO	$	1,737,906.25

Total Un Millon Setecientos Treinta y Siete Mil Novecientos Seis con 25/100

AFIP

Comprobante Autorizado

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación

CAE **86417602711112**
FECHA VTO **24/10/2026**

SELF