**PAGO CONSOLIDADO**

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 7560157

## Plan de pago consolidado:

**Período facturado 26-12-2022 al 26-12-2023**
*** Póliza: 12-7560157-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 5)**

**ASEGURADO: 5733878 GRUPOBRICS S.A.**

**CUIT/CUIL: 30716995050 : Domicilio: DR DARDO ROCHA N* 3136**
**Localidad: MARTINEZ Pcia: BUENOS AIRES CP: B1640FTV**

| CUOTA Y VENCIMIENTO | MONEDA | MONTO CUOTA | SALDO CUOTA |
|---|---|---|---|
| 1/12 Vencimiento 26/12/2022. | PESOS | **8,069.00** | **0.00** |
| 2/12 Vencimiento 26/01/2023. | PESOS | **14,574.00** | **0.00** |
| 3/12 Vencimiento 26/02/2023. | PESOS | **14,574.00** | **0.00** |
| 4/12 Vencimiento 26/03/2023. | PESOS | **14,574.00** | **0.00** |
| 5/12 Vencimiento 26/04/2023. | PESOS | **14,574.00** | **0.00** |
| 6/12 Vencimiento 26/05/2023. | PESOS | **14,574.00** | **0.00** |
| 7/12 Vencimiento 26/06/2023. | PESOS | **14,574.00** | **0.00** |
| 8/12 Vencimiento 26/07/2023. | PESOS | **38,174.00** | **38,174.00** |
| 9/12 Vencimiento 26/08/2023. | PESOS | **38,174.00** | **38,174.00** |
| 10/12 Vencimiento 26/09/2023. | PESOS | **38,174.00** | **38,174.00** |
| 11/12 Vencimiento 26/10/2023. | PESOS | **38,176.12** | **38,176.12** |
| 12/12 Vencimiento 26/11/2023. | PESOS | **35,964.06** | **35,964.06** |

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

# - 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.

DISPONIBLE EN Google Play

### *Encontranos en las redes:*

- Federación Patronal Seguros S.A.
- /fedpatoficial
- Federación Patronal Seguros
- /fedpatoficial
- @fedpatoficial

**0810 222 5588**

***www.fedpat.com.ar***

seguros@fedpat.com.ar

## FRENTE DE PÓLIZA

**Póliza impresa el dia 11-07-2023**

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 7560157

**Productor: 20027 RAMIREZ AGUSTINA Matrícula SSN: 47714 AG: 7**

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** B1640FTV
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

**FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A. 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.,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 |
|---|---|---|
| 1/5 | 26-07-2023 | $ 10,235.00 |
| 2/5 | 26-08-2023 | $ 10,235.00 |
| 3/5 | 26-09-2023 | $ 10,235.00 |
| 4/5 | 26-10-2023 | $ 10,235.00 |
| 5/5 | 26-11-2023 | $ 10,236.13 |

**TOTAL: $ 51,176.13**

**A debitar de** CUENTA BANCAI cta. nro.: 0720**********2590

### PERÍODO FACTURADO

| | |
|---|---|
| 10-07-2023 | 26-12-2023 |

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

### LIQUIDACION DEL PREMIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PRIMA** $ 36,599.10 | | | |
| **I.V.A.** $ 8,801.79 | **SELLADO** $ 0.00 | **OTROS IMP. Y TASAS** $ 461.05 | |
| **PREMIO DEL ENDOSO** $ 51,176.13 | | | |
| **MONEDA CONTRATO** PESOS | **TEA** 132.35% | **CARGO FINANCIERO** $ 5,314.19 | |

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 10 de Julio de 2023

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., 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 S.A.

| SECCIÓN | ACCIDENTES PERSONALES | PRODUCTO | A.P. PRESTACIONAL | PÓLIZA | 7560157 |
|---|---|---|---|---|---|

**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 |
| | $ 5,000,000.00 |
| 020 INVALIDEZ | SUMA ASEG. INDIVIDUAL |
| | $ 5,000,000.00 |
| 050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | SUMA ASEG. INDIVIDUAL |
| | $ 5,000,000.00 |
| 070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | SUMA ASEG. INDIVIDUAL |
| | $ 5,000.00 |
| 080 GASTOS DE SEPELIO | SUMA ASEG. INDIVIDUAL |
| | $ 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR.**
**LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION.**
**TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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 **SELF**

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 7560157

(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.

**Cantidad de asegurados vigentes: 11**
**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**

**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: ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESC - cuit: 30529826806**

---

**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 I - EXCLUSIONES

Condiciones Generales Comunes - Cláusula 6: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
b) Enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
c) Acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
e) Insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f) Psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
g) Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen -por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
i) Suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
j) Lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
l) Estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v), inciso d) de Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) Accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los incisos r) a t) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

Condiciones Generales Específicas - Accidentes de Tránsito Terrestre - Cláusula 3: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes y las previstas en las correspondientes Condiciones Específicas, se agregan a efectos de la presente, las siguientes exclusiones:

a) Los Accidentes causados por el Asegurado como conductor cuando este:
i) Careciera de registro para conducir;
ii) Infringiera temerariamente disposiciones esenciales del reglamento de tránsito, tales como exceso de velocidad, tránsito por vías prohibidas o a contramano;
iii) Violara la prioridad de paso;
iv) Transportara en el vehículo un número de personas superior al autorizado;
v) No cumpliera cualquier disposición de tránsito emanada de autoridad competente.
b) Los Accidentes ocurridos al Asegurado mientras viaje como pasajero en otros medios de transporte distintos a los indicados en la Cláusula 1 de estas Condiciones Generales Específicas.

Condiciones Específicas ¿ Cobertura de Reembolso de Gastos por Prótesis y Órtesis - Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis bucodentales.
d) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
e) Renovaciones de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

ANEXO A - CONDICIONES GENERALES COMUNES

Cláusula 1: Ley de las partes contratantes - Estructura de la Póliza

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17.418 y a las de la presente Póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.
Esta Póliza consta de Condiciones Generales Comunes, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.
En caso de discordancia, las mismas regirán en el siguiente orden de prelación:
a) Condiciones Particulares
b) Cláusulas Adicionales
c) Condiciones Específicas
d) Condiciones Generales Específicas
e) Condiciones Generales Comunes

Cláusula 2: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a) Póliza: es el documento emitido por el Asegurador que instrumenta el contrato de seguro suscripto por el Tomador y en el que se establecen las condiciones, riesgos cubiertos, límites, alcances y exclusiones del seguro. Forman también parte de la misma todos los formularios, suplementos y endosos relacionados con el presente seguro.
b) Asegurador: Federación Patronal Seguros S.A.
c) Beneficiario: es aquella persona designada por el Asegurado, a quien el Asegurador debe abonar las prestaciones previstas en la Póliza para el caso de Muerte del Asegurado o, a falta de designación, sus herederos legales.
d) Accidente: Se entiende por Accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.
Se considera también Accidente a:
i) La asfixia o intoxicación por vapores o gases; la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de una enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado.
ii) Las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales.
iii) El carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y roturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgia, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.
Salvo las exclusiones establecidas en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales, el seguro también cubre:
iv) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de su profesión declarada o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, en su vida particular, o mientras se encuentre circulando o viajando en vehículo particular o público, terrestre o acuático, propio o ajeno, conduciéndolo o no, o en líneas de transporte aéreo regular.
v) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante la participación y/o práctica de los siguientes deportes y/o entretenimientos: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, fútbol, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, paddle, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en altamar), remo, squash, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volleyball y waterpolo.
vi) Los Accidentes que puedan ocurrir al Asegurado durante su tránsito o permanencia en el extranjero, salvo en aquellos países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.
e) Suma Asegurada: es el límite máximo de la indemnización que se establecerá en las Condiciones Particulares para cada cobertura que se otorgue por la presente Póliza y que el Asegurador abonará en caso de ocurrencia de alguno de los riesgos previstos en las Condiciones Específicas y Adicionales anexas a esta Póliza, como consecuencia de un Accidente (o varios) ocurrido durante el período de vigencia del seguro. Se estipulará una Suma Asegurada para cada riesgo cubierto por la Póliza.

Cláusula 3: Personas Asegurables

Se consideran asegurables las personas físicas que cumplan con los siguientes requisitos:
a) Edad: estén comprendidas entre la edad mínima y máxima de incorporación al seguro establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
b) Requisitos de asegurabilidad: cumplimenten a satisfacción del Asegurador los requisitos de asegurabilidad establecidos en la Póliza.

Cláusula 4: Personas No Asegurables

Anulada según Resolución Nº 37.270 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Cláusula 5: Objeto del Seguro

El Asegurador se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la Póliza, en el caso de que la persona designada como Asegurado sufra durante el período de vigencia del seguro algún Accidente que fuere la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos establecidos en las Condiciones Específicas anexas a esta Póliza y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Cláusula 6: Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura que otorga la Póliza los daños sufridos por el Asegurado que sean consecuencia inmediata o mediata de:
a) Accidentes que no encuadren dentro de la definición de "Accidente" incorporada en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
b) enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por la picadura de insectos, salvo lo especificado en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
c) acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radioactivo u originadas en reacciones nucleares.
d) lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
e) insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales.
f) psicopatías o enfermedades psiquiátricas transitorias o permanentes, excepto que las mismas provengan de estrés post-traumático o de reacciones vivenciales reactivas de un Accidente cubierto sufrido por el Asegurado.
g) operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que sobrevengan como consecuencia inmediata de un Accidente cubierto o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
h) Accidentes que el Asegurado y/o Beneficiario provoquen ¿por acción u omisión- dolosamente o con culpa grave o el Asegurado sufra en empresa criminal. No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
i) suicidio; pactos o acuerdos de suicidio.
j) lesiones autoinflingidas, aún cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
k) Accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un Accidente cubierto, tal como se lo define en la Cláusula 2, inciso d), de las presentes Condiciones Generales Comunes, o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza.
l) estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
m) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
n) Accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, salvo acuerdo en contrario.
o) Accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, salvo acuerdo en contrario.
p) Accidentes derivados de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el punto v), inciso d) de Cláusula 2 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en cualquier otra definición de Accidente que la reemplace en esta Póliza, o en condiciones distintas a las allí enunciadas.
q) Accidentes derivados de la realización de trabajos en altura superiores a los 6 (seis) metros, salvo acuerdo en contrario.
r) Todo y cualquier acto o hecho de guerra, de guerra civil, de guerrillas, de rebelión, insurrección o revolución, de conmoción civil o de terrorismo.
s) Todo y cualquier acto o hecho de sedición, motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
t) Accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en los incisos r) a t) se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado y/o Beneficiario.

Cláusula 7: Pago del Premio

El premio correspondiente deberá ser abonado al Asegurador a través de alguno de los medios de pago estipulados en las Condiciones Particulares.

Dicho pago estará sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la "Cláusula de Cobranza del Premio" que forma parte del presente contrato.

Cláusula 8: Primas del Seguro: Modificación

En caso de pactarse expresamente en la referida Cláusula de Cobranza del Premio la renovación automática de la presente póliza, las primas podrán ser ajustadas en cada vencimiento previo a la renovación de la póliza por el Asegurador con el objeto de adecuar la prima al verdadero estado del riesgo, sobre la base de la información que a tales efectos se requerirá al Tomador.

El Asegurador comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas resultantes con una anticipación no inferior a treinta (30) días del vencimiento de la vigencia de la póliza a renovar.

La diferencia se considerará aprobada y la renovación aceptada por el Tomador si no reclama dentro de los treinta (30) días de haber recibido dicha comunicación.

Cláusula 9: Designación de Beneficiario

La designación de Beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fijan proporciones, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el Asegurado no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos legales (Arts. 145 y 146 - L. de S.).

Cláusula 10: Cambio de Beneficiario

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el Beneficiario designado. Para que el cambio de Beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia, no admitirá el cambio de Beneficiario.

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario o en cuanto a los herederos legales, el Asegurador consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara, dejando así liberada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias.

El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagado la Suma Asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

Cláusula 11: Pluralidad de Seguros

Si se contratara más de un seguro de Accidentes Personales con distintos aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él, deberá comunicarse sin dilación tal circunstancia a cada Asegurador con indicación de la suma y riesgo asegurado.

Si al momento de contratar el presente seguro se hubiera omitido informar la existencia de otros seguros de los descriptos precedentemente, se estará a lo indicado en la Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración. Por otra parte, si se omitiera informar la contratación de otros seguros de los descriptos precedentemente durante la vigencia de esta cobertura, se estará a lo indicado en la Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo.

No hay obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros ni los seguros específicos de aeronavegación.

Cláusula 12: Reticencia o Falsa Declaración

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad (Art. 5 - L. de S).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Articulo 5 de la Ley de Seguros, el Asegurador, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato, restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 6 - L. de S.).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 8 - L. de S.).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 9 - L. de S.).

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena, se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Tomador y del Asegurado (Art. 10 - L. de S.).

Cláusula 13: Agravación o Modificación del Riesgo

El Asegurado y/o Tomador deben denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas (Art. 38 - L. de S.).

Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 37 - L. de S.).

Se consideran agravaciones del riesgo (Art. 132 - L. de S.) únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:
a) Modificación del estado físico o mental del Asegurado.
b) Modificación de su profesión o actividad.
c) Fijación de residencia fuera del país.
d) Contratación de otros seguros de Accidentes Personales con otros aseguradores cubriendo la misma persona por el mismo riesgo o parte de él (Cláusula 11 - Pluralidad de Seguros).

Cuando la agravación se deba a un hecho del Asegurado y/o Tomador la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete días, deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 39 - L. de S.).
Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado y/o Tomador, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el Artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurador (Art. 40 - L. de S.).

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado, y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la Suma Asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en la presente Póliza.

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho al Asegurador:
a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
b) Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período del seguro en curso (Art.41 - L. de S.).

Cláusula 14: Denuncia del Accidente. Procedimiento. Cargas del Asegurado y/o Beneficiario

El Asegurado y/o el Beneficiario -según corresponda- comunicará por escrito al Asegurador el Accidente dentro del plazo de 3 días de ocurrido, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el Asegurado accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que lo asiste; también deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al Asegurado expresando las causas y naturaleza de las lesiones que éste presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.

El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado y/o el Beneficiario también está obligado a suministrar al Asegurador la información y/o prueba instrumental que éste le solicite a fin de poder verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, como así también a permitirle al Asegurador efectuar las indagaciones necesarias a tales fines.

En caso de Muerte del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo el Beneficiario prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación del Beneficiario, quien podrá designar un médico para que lo represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo del Asegurador, salvo los derivados del representante médico designado por el Beneficiario.

El incumplimiento por parte del Asegurado y/o del Beneficiario -según corresponda- de las cargas impuestas en esta Cláusula producirá la caducidad automática de los derechos indemnizatorios que otorga la presente Póliza.

Cláusula 15: Valuación por Peritos

Si no hubiera acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado y/o Beneficiario -según corresponda-, las consecuencias indemnizables del Accidente serán determinadas por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera designado en el plazo establecido en precedentemente, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación o al organismo que en el futuro lo reemplace.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercer facultativo serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen mas del dictamen definitivo, salvo en el caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

Cláusula 16: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador

El Asegurador efectuará el pago correspondiente en caso de siniestro, de acuerdo a lo establecido en cada Condición Específica, dentro de los 15 días de notificado el mismo o de cumplidos los requisitos establecidos en la Cláusula 14 de las presentes Condiciones Generales Comunes o en la respectiva Condición Específica, lo que sea posterior.

Cláusula 17: Caducidad por incumplimiento de Obligaciones y Cargas

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros.

Cláusula 18: Rescisión de la Póliza

El Tomador y el Asegurador tendrán derecho a rescindir la Póliza sin expresar causa. Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir, deberá dar un preaviso no menor de 15 días. Si el Tomador opta por la rescisión, la misma se producirá desde la fecha en que el Asegurador reciba la notificación por escrito.

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computaría desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejerce la facultad de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

Cláusula 19: Facultades del Productor o Agente

El productor o agente de seguro, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:
a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguro.
b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas.
c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar.

Cláusula 20: Domicilio para Denuncias y Declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en la presente Póliza, es el último declarado (artículo 15 y 16 de la Ley de Seguros).

Cláusula 21: Cómputo de los Plazos

Todos los plazos de días indicados en la Póliza se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

Cláusula 22: Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible.

Cláusula 23: Prórroga de Jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará ante los jueces competentes de la ciudad de cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país. Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus Beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra el Asegurador ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la Póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

ANEXO A - CONDICIONES GENERALES COMUNES

A - CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

ARTÍCULO 1º: El premio de este seguro (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las Condiciones Particulares), debe pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación.
El comienzo de la cobertura de la Póliza tendrá lugar a partir de la fecha y hora del recibo que acredite el pago del premio, o de la fecha consignada como inicio de vigencia de la Póliza, la que fuere posterior.
Si el Asegurador lo aceptase, el premio podrá fraccionarse en cuotas iguales y consecutivas, cuyos vencimientos obrarán en las Condiciones Particulares, pero a la primera de ellas, que deberá pagarse al contado, se le agregará además el total del I.V.A. correspondiente al contrato (punto 6 del inciso b del art. 5º de la Ley de Impuesto al Valor Agregado).
El premio no será exigible sino contra entrega de la Póliza o certificado de cobertura.
Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional a la misma.

ARTÍCULO 2º: Se acuerda un plazo de gracia de 30 días corridos contados a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos del premio, lapso durante el cual la cobertura que otorga la Póliza mantendrá su plena vigencia. El plazo de gracia antes mencionado no resulta aplicable al pago del premio correspondiente a la primera cuota.
Si el premio no fuera abonado en dicho lapso, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora doce (12) del día del vencimiento de dicho plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el sólo vencimiento de dicho plazo; debiendo el Asegurado y/o Tomador abonar el premio corrido hasta el vencimiento del plazo de gracia.
Se deja expresamente establecido que no entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto no estuviera totalmente cancelado el premio anterior.

ARTÍCULO 3º: Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá efecto desde la hora doce (12) del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

ARTICULO 4º: Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago, sin que el Asegurado y/o el Tomador haya cancelado el premio y rehabilitado de esta forma la cobertura, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna.

ARTICULO 5º: La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

ARTICULO 6º: Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de un (1) año, y a los adicionales por endoso o suplementos de la Póliza.
En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en treinta (30) días.

---

MEDIOS HABILITADOS DE PAGO DE PREMIOS (Anexo del punto 23.6. Inciso h) de la Res. SSN N 38.708)

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a. Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b. Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N 21.526.
c. Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N 25.065. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d. Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e. Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

---

ARTÍCULO 8º: Aprobada la liquidación de un siniestro, el Asegurador podrá descontar de la indemnización cualquier saldo o deuda vencida del mismo Asegurado por este u otros contratos (Art. 818 del Código Civil).

B - CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN

A los efectos de la presente póliza, déjanse expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

I.
1) Guerra: Es: i) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o mas países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o ii) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este último o iii) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o mas país(es) en contra de otro(s) país(es).

2) Guerra Civil: Es un estado de lucha armada entre los habitantes de un país o entre los habitantes y las fuerzas armadas regulares de dicho país, caracterizado por la organización militar de los contendientes, aunque sea rudimentaria, cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, participen o no civiles en ella, y cuyo objeto sea derrocar al gobierno del país o a alguno o todos los poderes constituidos, o lograr la secesión de una parte de su territorio.

3) Guerrilla: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto -aunque lo sea en forma rudimentaria- y que i) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o ii) en el caso que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.

4) Rebelión: Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país -sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él- contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entienden equivalentes a rebelión, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: insurrección, revolución, sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.

5) Conmoción Civil: Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.

6) Terrorismo: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto(s) peligroso para la vida humana; o que interfieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero -aunque dichas fuerzas sean rudimentarias- o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y i) que tengan por objeto a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella b) influenciar o derrocar al gobierno de dicho país, o c) lograr la secesión de parte de su territorio, o d) perjudicar cualquier segmento de la economía; ii) que, en caso de que dicho objeto no pueda probarse, produzca, en definitiva, cualquiera de dichas consecuencias; iii) también se entenderá como terrorismo cualquier acto(s) verificado(s) o reconocido(s) como tal(es) por el gobierno argentino.
No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

7) Sedición o Motín: Se entiende por tal al accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión. Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.

8) Tumulto Popular: Se entiende por tal a una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta.

9) Vandalismo: Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.

10) Huelga: Se entiende por tal a la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

11) Lock Out: Se entienden por tal:
a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.
No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

II. Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en el apartado I, se consideran hechos de guerra, guerra civil, guerrilla, rebelión, conmoción civil, terrorismo, sedición o motín, tumulto popular, vandalismo, huelga o de lock out.

III. Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS SEGURO COLECTIVO (III)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Tomador: es la persona física o jurídica que suscribe el presente contrato de seguro con el Asegurador y que posee un vínculo previo con las personas asegurables distinto al de la suscripción del presente seguro.
b. Asegurado: son todas aquellas personas que forman parte del grupo regido por el Tomador, designadas como «Asegurado Titular» en el respectivo Certificado de Incorporación. También el término Asegurado comprende al grupo familiar, en los casos que así hubiera sido pactado, a través de la inclusión en la Póliza de la Cláusula Adicional respectiva.
c. Certificado de Incorporación: es el documento que emite el Asegurador a favor de cada uno de los ¿Asegurados Titulares¿ que conforman este Seguro Colectivo y que exterioriza y prueba la incorporación de este último, y su grupo familiar en caso de corresponder, a la Póliza contratada por el Tomador. En este documento constan las prestaciones que la Póliza otorga a cada Asegurado con sujeción a lo establecido en las Condiciones Generales y en las respectivas Condiciones Específicas y Cláusulas Adicionales.

Cláusula 2: Obligaciones del Tomador

A los efectos del presente seguro, el Tomador se compromete a:
a) Denunciar al Asegurador todo Accidente presumiblemente cubierto por esta Póliza.
b) Informar al momento de ocurrida y/o conocida cualquier alta, baja y/o modificación relativa a los Asegurados.
c) Hacer entrega a los Asegurados de los Certificados de Incorporación emitidos por el Asegurador.

d) Denunciar al Asegurador las agravaciones / modificaciones del riesgo asumido.

El Asegurador podrá solicitar o acceder en cualquier momento a la información, documentación y registros en poder del Tomador relacionados con la ejecución de este contrato.

Cláusula 3: Variación del Grupo Asegurado

De acuerdo a lo establecido en la Cláusula precedente, el Tomador está obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, por el ingreso y egreso de Asegurados.

Para el caso de las personas que perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de ingreso con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de las doce (12) horas del día siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de ingreso al seguro.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como Asegurado, ya sea desde la fecha de aceptación en el caso de incorporaciones o bien desde la fecha de exclusión en el caso de bajas de Asegurados.

Cláusula 4: Terminación de la Cobertura Individual

La cobertura individual de cada Asegurado quedará rescindida o caducará en cualquiera de los siguientes casos (el que ocurra primero):
a) Por cumplir el Asegurado la Edad Máxima de Permanencia establecida en las Condiciones Particulares.
b) por rescisión o caducidad de la Póliza.
c) por haberse consumido totalmente la Suma Asegurada, de acuerdo a lo que se establezca en cada Condición Específica o Cláusula Adicional.
d) por rescisión o caducidad del Certificado de Incorporación.
e) por dejar de pertenecer el Asegurado al grupo regido por el Tomador.
f) por fallecimiento del Asegurado.
g) en el caso de los Asegurados familiares, por perder la calidad de Asegurado Cónyuge o Asegurado Hijo, según haya sido definida en la respectiva Cláusula Adicional.

CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS ACCIDENTE EN EL LUGAR DEL TRABAJO O IN ITINERE (V)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza, los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances, anulando y reemplazando cualquier definición que sobre los mismos se haya introducido en las Condiciones Generales Comunes:

Accidente: se entiende por Accidente aquel sufrido por el Asegurado exclusivamente en el ejercicio de su profesión o actividad declarada en la solicitud de la cobertura, por el hecho o en ocasión del trabajo, dentro del horario y ámbitos habituales donde desempeña sus tareas, incluidos los Accidentes in itinere. Se entiende por Accidente in itinere el ocurrido 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 hubiere alterado o interrumpido dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

Cláusula 2: Objeto del Seguro

En virtud de la redefinición del término Accidente de la Cláusula precedente, los riesgos cubiertos en cada una de las Condiciones Específicas incluidas en la Póliza serán única y exclusivamente cubiertos si los mismos se originan en un Accidente con las características descriptas precedentemente.

Cláusula 3: Agravación del Riesgo

A las agravaciones del riesgo previstas en la Cláusula 13 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la cobertura las siguientes agravaciones:

a) Modificación del horario habitual en el cual desempeña sus tareas, de acuerdo a lo declarado en la solicitud.
b) Modificación del trayecto entre su domicilio y el lugar donde desempeña su actividad o viceversa.

Se mantienen invariables todas las disposiciones de las Condiciones Generales Comunes no expresamente modificadas por estas Condiciones Generales Específicas.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE MUERTE (1)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Muerte: fallecimiento del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Muerte del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que el fallecimiento se produzca a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará a el o los Beneficiarios la Suma Asegurada que se indica para esta cobertura en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

En caso de viaje aéreo del Asegurado realizado en líneas de transporte aéreo regular, si no se tuvieran noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la Suma Asegurada prevista para esta cobertura. Si con posterioridad apareciera el Asegurado o se tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas abonadas.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

En caso de Muerte accidental el Asegurador abonará al Beneficiario el beneficio previsto para esta cobertura. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación correspondiente

para Muerte Accidental en los porcentajes tomados en conjunto que hubiere abonado por coberturas de Invalidez eventualmente incluidas en la Póliza, como consecuencia de un Accidente o varios ocurridos durante el período de vigencia del seguro.
En caso de Muerte del Asegurado, quedarán sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima.

Cláusula 4: Denuncia del Fallecimiento

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, los Beneficiarios deberán acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) copia legalizada de la partida de defunción;
b) una declaración del médico que haya asistido al Asegurado o certificado su muerte;
c) cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria;
d) el testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del hecho determinante de la muerte, salvo que razones procesales lo impidieran.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE - TOTAL Y PARCIAL (2)

Cláusula 1: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de Invalidez Permanente del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

Si el Accidente causare una Invalidez Permanente determinada con prescindencia de la profesión u ocupación del Asegurado, el Asegurador abonará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

INCAPACIDAD TOTAL %
Estado absoluto e incurable de alienación mental,
producido como consecuencia inmediata de un Accidente,
que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación,
por el resto de su vida 100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine
la invalidez total permanente. 100
INCAPACIDAD PARCIAL

a) Cabeza %

Sordera total e incurable de los dos oídos 50
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad
de la visión binocular normal 40
Sordera total e incurable de un oído 15
Ablación de la mandíbula inferior 50

b Miembros superiores % %
Der. Izq.
Pérdida total de un brazo 65 52
Pérdida total de una mano 60 48
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total) 45 36
Anquilosis del hombro en posición no funcional 30 24
Anquilosis del hombro en posición funcional 25 20
Anquilosis de codo en posición no funcional 25 20
Anquilosis de codo en posición funcional 20 16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional 20 16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional 15 12
Pérdida total del pulgar 18 14
Pérdida total del índice 14 11
Pérdida total del dedo medio 9 7
Pérdida total del anular o el meñique 8 6

c) Miembros inferiores %

Pérdida total de una pierna 55
Pérdida total de un pié 40
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total) 35
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total) 30
Fractura no consolidada de una rótula 30
Fractura no consolidada de un pié (seudoartrosis total) 20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional 40
Anquilosis de la cadera en posición funcional 20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional 30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional 15
Anquilosis del empeine (garganta del pié) en posición no funcional 15
Anquilosis del empeine (garganta del pié) en posición funcional 8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros 15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros 8
Pérdida total del dedo gordo del pié 8
Pérdida total de otro dedo del pié 4

Por pérdida total se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el 70% de la que corresponde por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponde

por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la Suma Asegurada para invalidez total permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonará por consiguiente íntegramente la Suma Asegurada.

En caso que el Asegurado fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de Accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la cobertura, serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último Accidente.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada Accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

Cláusula 2: Carácter del Beneficio

El beneficio acordado por Invalidez Permanente es sustitutivo de la Suma Asegurada que debiera liquidarse en caso de Muerte del Asegurado, de modo que, con el pago a que se refiere el artículo anterior, si el monto abonado por Invalidez Permanente resulta coincidente con el de Muerte, el Asegurador queda liberado de cualquier otra obligación con respecto a dicho Asegurado, quedando sin efecto las restantes coberturas.

Si el monto abonado por Invalidez resultara inferior a la Suma Asegurada por Muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al capital liquidado por Invalidez Permanente.

Cláusula 3: Denuncia y Comprobación de la Invalidez

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Invalidez Permanente del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Constancias médicas y/o testimoniales relativas a su Invalidez Permanente: su comienzo, gravedad y causas.
b) Cualquier otra documentación razonable que el Asegurador considere necesaria.
c) El testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiera instruido con motivo del Accidente determinante de la Invalidez Permanente, salvo que razones procesales lo impidieran.

Cláusula 4: Cumplimiento de la Prestación por el Asegurador ¿ Plazo de Prueba

El Asegurador, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o las constancias a que se refiere el punto anterior y la Cláusula 15 de las Condiciones Generales Comunes, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio.

Si las comprobaciones y constancias requeridas, no resultaran concluyentes en cuanto al origen accidental de la Invalidez, a su carácter permanente o al grado de la misma, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de tres (3) meses, a fin de confirmar el diagnóstico.

La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (4)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Gastos Médicos: se entienden por tales aquellos medicamentos y/o prestaciones médicas y/o estudios médicos que hayan sido prescriptos y efectuados al Asegurado por un médico matriculado, como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado. Ello no incluye los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni el suministro de lentes, aparatos ortopédicos o prótesis dentales.
b. Gastos de Traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.
c. Deducible: es el importe o porcentaje de la Suma Asegurada que se encontrará a cargo del Asegurado en cada siniestro cubierto por estas Condiciones Específicas y será el previsto en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos Médicos y Gastos de Traslado incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos Médicos y Gastos de Traslado incurridos, con detracción del Deducible, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Se podrán establecer Sumas Aseguradas y/o Deducibles diferenciados para el caso de Accidentes ocurridos dentro del territorio de la República Argentina o bien en el extranjero.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos Médicos y Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos Médicos y Gastos de Traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Copia de la receta u orden médica que prescribe la necesidad del medicamento, tratamiento, análisis o prestación, según se trate.
c) Troquel original de los medicamentos adquiridos respecto de los cuales se solicita el reintegro, salvo que el mismo deba ser entregado a los fines de obtener un descuento o un reintegro de una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado, circunstancia que deberá surgir de la receta u orden médica citada en el inciso anterior y/o de las facturas del inciso a) precedente.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE SERVICIOS MÉDICOS (5)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Servicio Médico: se entiende por tal a la Atención Médica y/o Farmacéutica a la que haya sido sometido el Asegurado, prescripta por un médico matriculado y producida como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean cubiertos al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.
b. Atención Médica: se incluyen bajo este concepto la totalidad de las prestaciones médicas que pudiera requerir la atención del Asegurado, siendo que las mismas fueran requeridas durante una internación o en forma ambulatoria. Quedan comprendidas bajo este concepto:
- las consultas médicas correspondientes a todas las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria;
- las internaciones clínico-quirúrgicas, especializadas, de alta complejidad y domiciliarias;
- las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas;
- las prácticas de diagnóstico (análisis clínicos y estudios de alta complejidad);
- las prácticas terapéuticas de baja, media y alta complejidad médica.
c. Atención Farmacéutica: se incluye bajo este concepto la provisión de la totalidad de los medicamentos que pudiere requerir la atención de la afección del Asegurado, tanto sea para su tratamiento ambulatorio como durante una internación.
d. Prestador Médico: se entiende por tal al médico o institución médica con quien el Asegurador posee convenio para otorgar los Servicios Médicos cubiertos por la presente Condición Específica y que se informa al Asegurado mediante el listado respectivo.
e. Gastos de Traslado: son los gastos en los que incurra el Asegurado con motivo de su traslado desde, hasta o entre establecimientos de salud, siendo dicho traslado necesario para el diagnóstico o tratamiento de su patología, y respondan exclusivamente a la imposibilidad del Asegurado de movilizarse por sus propios medios, de acuerdo a indicación médica. La elección y las características del vehículo a emplear para el traslado, dependerán del estado clínico del Asegurado. Estos traslados, salvo casos de urgencia que no permitan cumplimentar este requisito, requerirán la previa autorización de la auditoría médica del Asegurador.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la prestación de los Servicios Médicos requeridos y Gastos de Traslado incurridos por el Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador, a través de la red de Prestadores con la cual posee convenio y cuyo listado se encuentra a disposición del Asegurado, brindará a este último las prestaciones de Servicio Médico que éste pudiere demandar, originadas en un Accidente cubierto por la presente cobertura.

Atento que la cobertura prevista para los Servicios Médicos es de carácter estrictamente prestacional, si el Asegurado incurriera en cualquier gasto médico o si recibiera atención médica de un Prestador Médico distinto a los indicados por el Asegurador, no se efectuará reintegro alguno de los mismos.

Únicamente en los casos en que resultara imposible la comunicación al Asegurador para la atención de una urgencia o cuando comunicada, éste no pudiera brindar la prestación en el plazo que demande la gravedad de la afección, el Asegurado podrá requerir su atención en un Prestador Médico no incluido en el listado, dando inmediato aviso al Asegurador. Sólo en este supuesto, el Asegurador, previa verificación de los hechos, reintegrará los gastos derivados de los Servicios Médicos recibidos por el Asegurado, dentro de los 15 días de efectuado el reclamo y de adjuntada la documentación correspondiente, incluidas las facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con indicación de los conceptos facturados.

El Asegurador responderá por la prestación (o el reembolso según lo indicado en el párrafo precedente) de los Servicios Médicos y Gastos de Traslado hasta la Suma Asegurada Máxima establecida en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, para esta cobertura por todo y cada Accidente cubierto por la Póliza.

Queda expresamente convenido que el Asegurador no será responsable por los daños y perjuicios producidos por los profesionales intervinientes con motivo de la prestación de los Servicios Médicos al Asegurado.

En el caso que el Asegurado requiera los servicios del Prestador Médico con motivo de una emergencia o urgencia médica y que una vez prestados los mismos se verifique que dicha atención no respondía a un Accidente cubierto por las presentes Condiciones Específicas, el Asegurador se reserva el derecho a recuperar del Asegurado el monto de las prestaciones otorgadas por el Prestador Médico en razón de la presente cobertura.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas importe alguno en concepto de Servicios Médicos o Gastos de Traslado, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Servicios Médicos o Gastos de Traslado cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá:
- Presentarse ante el Prestador Médico con Documento de Identidad y el Formulario de Denuncia del Siniestro.
- Cumplimentar los requisitos relativos a la denuncia del Accidente que dio origen al reclamo, de conformidad a lo establecido en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes.
- En caso de solicitar reintegro de gastos, las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN (7)

Cláusula 1: Definiciones:

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a. Renta Diaria por Internación: se entiende por tal a la prestación que el Asegurador otorgará por cada día que el Asegurado permanezca internado u hospitalizado en un Establecimiento Asistencial (hasta la cantidad máxima de días prevista en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda) como consecuencia inmediata de un Accidente.
b. Establecimiento Asistencial: es un establecimiento médico que se halle legalmente autorizado, que posea servicios de enfermería durante las 24 horas del día y que esté equipado para cirugía mayor.
c. Internación: Se entiende por tal la permanencia del Asegurado en un Establecimiento Asistencial como consecuencia inmediata de un Accidente, cuando ésta supere el Período de Espera especificado en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de la Internación del Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda, por cada día de Internación del Asegurado.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de Internación -cuando ésta supere el Período de Espera-, computada en días completos y consecutivos, y por el Período Máximo de Cobertura que también se estipula en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Renta Diaria por Internación, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Denuncia de la Internación

Ocurrido el Accidente que diera lugar a la Internación del Asegurado, a los efectos de obtener el beneficio previsto en las presentes Condiciones Específicas, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Constancia expedida por el Establecimiento Asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado.
b) Certificado médico en el que conste el motivo de la Internación.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE SEPELIO (9)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

a- Gastos de Sepelio: se entienden por tales aquellos gastos en los que se incurra con motivo del entierro o cremación del Asegurado, fallecido como consecuencia inmediata de un Accidente.

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el de los Gastos de Sepelio incurridos ante la Muerte del Asegurado, como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que la Muerte se produzca dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar los Gastos de Sepelio incurridos, contra la presentación de las facturas y/o comprobantes de pago respectivos, hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada de esta Condición Específica, indicada en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado de Incorporación, según corresponda.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos de Sepelio, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrida la Muerte que diera lugar a los Gastos de Sepelio cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Beneficiario deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes y en la Condición Específica de la Cobertura de Muerte, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.

CONDICIONES ESPECÍFICAS COBERTURA DE REMBOLSO DE GASTOS POR PRÓTESIS Y ÓRTESIS (11)

Cláusula 1: Definiciones

A los fines de la presente Póliza los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

Prótesis u Órtesis: se entiende por tal a aquel artefacto o elemento especialmente diseñado e implantado con el fin de cumplir una función supletoria de aquella parte del cuerpo del Asegurado afectada como consecuencia inmediata de un Accidente, con exclusión de aquellos que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado y siempre que se encuentre dentro de las siguientes especialidades:
a. Prótesis Oftalmológicas
b. Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas
c. Prótesis Vasculares
d. Prótesis de Cirugía Abdominal
e. Prótesis Auditivas
f. Órtesis y Ortopedia

Cláusula 2: Riesgos Cubiertos-Límites Indemnizatorios

El riesgo amparado por esta Condición Específica es el del Reembolso de los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos por el Asegurado como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo.

El Asegurador deberá abonar, contra la presentación de la factura y/o comprobante de pago respectivo, los Gastos por Prótesis u Órtesis incurridos hasta las Sumas Aseguradas Máximas que, por cada tipo de Prótesis u Órtesis, se establecen en el Listado de Prótesis u Órtesis adjunto a la presente.

El Asegurador sólo efectuará el reembolso del gasto correspondiente a la primera Prótesis u Órtesis, no cubriéndose suma alguna por las renovaciones o reemplazos que de las mismas pudieran efectuarse.

Cláusula 3: Carácter del Beneficio

Queda entendido y convenido que en caso de siniestro que afecte las restantes coberturas no se deducirán de las mismas los importes que se hubieran abonado en concepto de Gastos por Prótesis u Órtesis, ya que esta cobertura es adicional e independiente de las demás.

Cláusula 4: Documentación a presentar

Ocurrido el Accidente que diera lugar a los Gastos por Prótesis u Órtesis cubiertos por la presente Condición Específica, a los efectos de obtener el beneficio previsto, el Asegurado o su representante deberá acompañar, en adición a lo estipulado en la Cláusula 14 de las Condiciones Generales Comunes, los siguientes elementos:
a) Las facturas originales respecto de las cuales solicita el reintegro, en las cuales deberá constar la identificación de los conceptos facturados.
b) Copia de la orden médica que prescribe la necesidad del implante de la Prótesis u Órtesis, según se trate.

Cláusula 5: Exclusiones

A las exclusiones previstas en la Cláusula 6 de las Condiciones Generales Comunes, se agregan a efectos de la presente cobertura las siguientes:
a) Prótesis u Órtesis que no se encuentren expresamente detalladas en el en el Listado de Prótesis y Órtesis adjunto a la presente.
b) Prótesis utilizadas con fines estéticos.
c) Prótesis bucodentales.
d) Prótesis miogénicas o bioeléctricas.
e) Renovaciones de Prótesis u Órtesis del Asegurado preexistentes al comienzo de la presente cobertura.
f) Prótesis u Órtesis que sean reembolsables al Asegurado por una Obra Social y/o sistema de medicina privada al que se encuentre afiliado el Asegurado.

LISTADO DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS (11)

Prótesis Oftalmológicas

| Descripción | Suma Asegurada Máxima |
|---|---|
| Lente Intraocular incluyendo Healon | $ 250 |

Prótesis Traumatológicas y Ortopédicas

| Descripción | Suma Asegurada Máxima |
|---|---|
| Prótesis parcial de cadera (tipo Thompson | $ 1.000 |
| Prótesis total de cadera tipo Charnley o Muller | $ 1.200 |
| Prótesis de cadera no cementada | $ 3.500 |
| Prótesis total de rodilla | $ 3.500 |
| Material de Osteosíntesis (cemento, placas, clavos, placa tipo Jewett o Muller, clavos tipo Kuntscher, Steiman y otros) | $ 500 |

Prótesis Vascular

| Descripción | Suma Asegurada Máxima |
|---|---|
| Arterial no bifurcada | $ 1.200 |
| Arterial bifurcada | $ 2.000 |

Prótesis de Cirugía Abdominal

| Descripción | Suma Asegurada Máxima |
|---|---|
| Malla de Marlex o abdominales de otro tipo | $ 300 |

Prótesis Auditivas

| Descripción | Suma Asegurada Máxima |
|---|---|
| Prótesis Auricular | $ 300 |

Órtesis y Ortopedia

| Descripción | Suma Asegurada Máxima |
|---|---|
| Tutor Externo para miembros Sup. e Inf. | $ 2.800 |
| Pierna y brazo ortopédicos | $ 3.300 |
| Órtesis corta doble barra | $ 300 |

| | |
|---|---|
| Órtesis corta o resorte de Codeville | $ 450 |
| Órtesis larga con articulación en rodilla | $ 1.300 |
| Valva o Férula corta acolchada | $ 140 |
| Férula larga acolchada | $ 230 |
| Férula larga acolchada con apoyo isquiático | $ 300 |
| Férula larga con articulación de rodilla - anillas o suiza - | $ 470 |
| Corset termoplástico bivalvado | $ 430 |

CLÁUSULA ADICIONAL Seguro sobre la Persona de un Tercero (20)

Nota: Esta cláusula es aplicación cuando el Tomador/Contratante del seguro no es la persona asegurada

El Tomador declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.

El presente seguro cubre los Accidentes que sufran los Asegurados mediante el pago de las indemnizaciones especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, mientras permanezcan al servicio del Tomador, o mientras éste tenga un interés económico lícito sobre la vida o salud de los Asegurados.

Se instituye Beneficiario en primer término al Tomador, con preeminencia sobre los restantes Beneficiarios que conservarán su derecho sólo 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 éstos sufrieran Accidentes cubiertos por el contrato.

Previa citación al Tomador, para que en el término de tres (3) días invoque su derecho al cobro preferente conforme con el párrafo anterior, 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.

# ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 7560157

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** B1640FTV
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

## ALTA PERSONAL

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 10 | DNI 94876194 | CABALLERO RIVEROS JOEL ERNESTO | 04-05-1990 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 9 | DNI 95401871 | CABALLERO RIVEROS PEDRO DANIEL | 19-05-1992 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 11 | DNI 94243265 | CABALLERO VAZQUEZ HERIBERTO | 16-03-1967 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |

## NOMINA ACTIVA

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 10 | DNI 94876194 | CABALLERO RIVEROS JOEL ERNESTO | 04-05-1990 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 9 | DNI 95401871 | CABALLERO RIVEROS PEDRO DANIEL | 19-05-1992 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 11 | DNI 94243265 | CABALLERO VAZQUEZ HERIBERTO | 16-03-1967 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 8 | DNI 44055317 | CANABARRO ELOY RODRIGO | 01-03-2002 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 7 | DNI 39645738 | DIAZ FERNANDEZ CHRISTIAN DANIEL | 22-06-1996 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 3 | DNI 30681374 | FERREYRA CESAR LUIS | 31-03-1983 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 4 | DNI 44095181 | FERREYRA CESAR NAHUEL | 07-02-2002 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 2 | DNI 26341796 | FERREYRA NORBERTO OSVALDO | 10-07-1978 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 1 | DNI 40116716 | GONZALEZ EDGAR ALEXIS | 10-05-1997 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 6 | DNI 40093736 | MORALEDA AXEL DANIEL | 22-12-1996 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 5 | DNI 22249305 | MORALEDA GUSTAVO DANIEL | 21-08-1971 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |

SELF

Impreso el dia 10-07-2023

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

## CERTIFICADO: 9 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** **CABALLERO RIVEROS PEDRO DANIEL - DOCUMENTO: DNI 95401871 - FE NACIMIENTO: 19-05-1992 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

**Póliza** 7560157 / 9

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 11744528 CABALLERO RIVEROS PEDRO DANIEL**

**Domicilio:** DR DARDO ROCHA N* 3136 MARTINEZ CP 1640 BUENOS AIRES

**Vigencia desde** 10-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 9 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

## CERTIFICADO: 10 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** **CABALLERO RIVEROS JOEL ERNESTO - DOCUMENTO: DNI 94876194 - FE NACIMIENTO: 04-05-1990 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

**Póliza** 7560157 / 10

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 11744529 CABALLERO RIVEROS JOEL ERNESTO**

**Domicilio:** DR DARDO ROCHA N* 3136 MARTINEZ CP 1640 BUENOS AIRES

**Vigencia desde** 10-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 10 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

## CERTIFICADO: 11 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** CABALLERO VAZQUEZ HERIBERTO - DOCUMENTO: DNI 94243265 - FE NACIMIENTO: 16-03-1967 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

**Póliza** 7560157 / 11

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 11744530 CABALLERO VAZQUEZ HERIBERTO**

**Domicilio:** DR DARDO ROCHA N* 3136 MARTINEZ CP 1640 BUENOS AIRES

**Vigencia desde** 10-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 11 - 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 10-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 169 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 5 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 10-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

Impreso el dia 10-07-2023

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

## CERTIFICADO: 1 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** **GONZALEZ EDGAR ALEXIS - DOCUMENTO: DNI 40116716 - FE NACIMIENTO: 10-05-1997 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

**Póliza** 7560157 / 1 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 10791386 GONZALEZ EDGAR ALEXIS**

**Domicilio:** DR DARDO ROCHA N* 3136 CERRILLOS CP 1640 SALTA

**Vigencia desde** 06-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 1 - 4 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

## CERTIFICADO: 2 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** **FERREYRA NORBERTO OSVALDO - DOCUMENTO: DNI 26341796 - FE NACIMIENTO: 10-07-1978 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

**Póliza** 7560157 / 2 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 10791387 FERREYRA NORBERTO OSVALDO**

**Domicilio:** DR DARDO ROCHA N* 3136 CERRILLOS CP 1640 SALTA

**Vigencia desde** 06-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 2 - 4 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

**CERTIFICADO: 3** **RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA**

**ASEGURADO:** **FERREYRA CESAR LUIS - DOCUMENTO: DNI 30681374 - FE NACIMIENTO: 31-03-1983 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

**Póliza** 7560157 / 3

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 10791388 FERREYRA CESAR LUIS**

**Domicilio:** DR DARDO ROCHA N* 3136 CERRILLOS CP 1640 SALTA

**Vigencia desde** 06-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 3 - 4

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

## CERTIFICADO: 4 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** **FERREYRA CESAR NAHUEL - DOCUMENTO: DNI 44095181 - FE NACIMIENTO: 07-02-2002 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

**Póliza** 7560157 / 4 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 10791389 FERREYRA CESAR NAHUEL**

**Domicilio:** DR DARDO ROCHA N* 3136 CERRILLOS CP 1640 SALTA

**Vigencia desde** 06-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 4 - 4 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

## CERTIFICADO: 5 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** **MORALEDA GUSTAVO DANIEL - DOCUMENTO: DNI 22249305 - FE NACIMIENTO: 21-08-1971 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

**Póliza** 7560157 / 5

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 10795502 MORALEDA GUSTAVO DANIEL**

**Domicilio:** DR DARDO ROCHA N* 3136 CERRILLOS CP 1640 SALTA

**Vigencia desde** 06-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 5 - 4

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

## CERTIFICADO: 6 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** **MORALEDA AXEL DANIEL - DOCUMENTO: DNI 40093736 - FE NACIMIENTO: 22-12-1996 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

---

**Póliza** 7560157 / 6 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 10795503 MORALEDA AXEL DANIEL**

**Domicilio:** DR DARDO ROCHA N* 3136 CERRILLOS CP 1640 SALTA

**Vigencia desde** 06-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 6 - 4 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

## CERTIFICADO: 7 RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA

**ASEGURADO:** DIAZ FERNANDEZ CHRISTIAN DANIEL - DOCUMENTO: DNI 39645738 - FE NACIMIENTO: 22-06-1996 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

---

**Póliza** 7560157 / 7 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 10853092 DIAZ FERNANDEZ CHRISTIAN DANIEL**

**Domicilio:** DR DARDO ROCHA N* 3136 CERRILLOS CP 1640 SALTA

**Vigencia desde** 06-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 7 - 4 — FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

**CERTIFICADO: 8** **RIESGOS CUBIERTOS - SUMA ASEGURADA**

**ASEGURADO:** **CANABARRO ELOY RODRIGO - DOCUMENTO: DNI 44055317 - FE NACIMIENTO: 01-03-2002 - BENEFICIARIO: CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES**

| RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO): | | SUMAS ASEGURADAS | |
|---|---|---|---|
| 010 | MUERTE ACCIDENTAL | $ | 5,000,000.00 |
| 020 | INVALIDEZ | $ | 5,000,000.00 |
| 050 | ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ. | $ | 5,000,000.00 |
| 070 | RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS | $ | 5,000.00 |
| 080 | GASTOS DE SEPELIO | $ | 382,250.00 |

**OCUPACION** CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA

**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.**

*** * * * MEDIDAS DE SEGURIDAD * * * ***

**COMO SISTEMA DE SUJECION DE LOS ELEMENTOS SUSPENDIDOS SE DEBEN UTILIZAR MATERIALES DE RESISTENCIA ADECUADA A LA CARGA A SOPORTAR. LOS ASEGURADOS DEBEN CONTAR CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PARA TRABAJOS EN ALTURA ESPECIFICOS DE LA TAREA A DESARROLLAR. TAMBIEN DEBE GARANTIZARSE QUE, DURANTE LAS OPERACIONES DE TRASLADO Y MOVIMIENTO VERTICAL, LOS ASEGURADOS DEBEN LLEVAR PUESTO CINTURON DE SEGURIDAD CON CABLE SALVAVIDA AMARRADO A UN PUNTO FIJO QUE SEA INDEPENDIENTE DE TODO SISTEMA DE SUSPENSION. TODOS LOS PRODUCTOS, QUE CONSTITUYEN EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD, DEBEN SER RECONOCIDOS Y APROBADOS POR LAS NORMAS IRAM.**

**ADEMAS, EN CASO DE TRATARSE DE ANDAMIOS COLGANTES Y SIMILARES DEBERAN SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

**RIGIDEZ, RESISTENCIA, ESTABILIDAD, SER APROPIADOS PARA LA TAREA A REALIZAR, ESTAR DOTADOS DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CORRESPONDIENTES Y ASEGURAR INMOVILIDAD LATERAL Y VERTICAL. LAS PLATAFORMAS DEBERAN CONTAR EN TODO EL PERIMETRO QUE DE AL VACIO CON UNA BARANDA SUPERIOR UBICADA A UN METRO (1M) DE ALTURA, UNA BARANDA INTERMEDIA A CINCUENTA CENTIMETROS (50 CM) DE ALTURA, Y UN ZOCALO EN CONTACTO CON LA PLATAFORMA. LAS BARANDAS Y ZOCALOS DE MADERA SE FIJARAN DEL LADO INTERIOR DE LOS MONTANTES.**

**EN CASO DE PRODUCIRSE UN SINIESTRO POR LA FALTA DE ALGUNA DE ESTAS MEDIDAS DE SEGURIDAD ESTA ASEGURADORA QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD EN EL EVENTO.**

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.

**Póliza** 7560157 / 8

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Asegurado: 11717989 CANABARRO ELOY RODRIGO**

**Domicilio:** **DR DARDO ROCHA N* 3136 CERRILLOS CP 1640 SALTA**

**Vigencia desde** 06-07-2023 Desde 12:00 Hs.
**Vigencia hasta** 26-12-2023 Hasta 12:00 Hs.

**Plan de Cobertura** 100 - PLAN BASICO

***** Ante la ocurrencia de un accidente comuníquese con nuestro Centro de Atención Permanente y será derivado al centro asistencial de nuestra red más cercana. 0800-222-3123 *****

**Póliza** 7560157 - 8 - 4

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Adherida al sistema de cobro por Débito Automático CUENTA BANCARIA Nº 0720...2590**

FEDERACION PATRONAL Seguros S.A.
Avda. 51 N 770 (B1900AWP), La Plata, Bs. As., Argentina

**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**

**Ag: 6 Org: 9483 Prod: 20027**

**Usuario: SELF**

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

## DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

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.

**Consulte el alcance, límites y exclusiones de las coberturas ingresando a: www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS.**

**Advertencia: Si el texto del presente certificado de cobertura difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.**

Comunicaciones al Asegurado:
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a efectos de poner en su conocimiento que Federación Patronal Seguros S.A., con el objeto de mejorar sus estándares de calidad del servicio que le brinda a su asegurado, ha adherido voluntariamente al procedimiento del "Defensor del Asegurado", creado en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros (AACS) cuyo objetivo es la protección de los Derechos de los Asegurados y Beneficiarios. Dicho procedimiento le permitirá verificar, en forma gratuita y sin otra formalidad que precisar por escrito su pretensión adjuntando toda la documentación con que cuente, si la resolución de su Aseguradora se ajusta a los términos y condiciones del contrato de seguros con Ud., celebrado. Una vez cumplidos los requisitos aludidos, el "Defensor del Asegurado" se expedirá en un plazo no mayor a 30 días. La decisión que adopte el "Defensor del Asegurado" es vinculante

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 12 - 7560157 - 0

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 06-07-2023 | Hasta 12:00 Hs. del 26-12-2023 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 173 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 06-07-2023 |

### DATOS DEL TOMADOR/CONTRATANTE

**NOMBRE** GRUPOBRICS S.A.
**DOMICILIO** DR DARDO ROCHA N* 3136
**LOCALIDAD** MARTINEZ
**CÓDIGO POSTAL** 1640
**PROVINCIA** BUENOS AIRES
**CONDICIÓN DE IVA** CONSUMIDOR FINAL
**CUIT/DNI** 30716995050 /
**ASEGURADO NRO.** 5733878

para la Aseguradora, no así para Ud., que mantendrá el Derecho de reclamar por las vías que considere pertinente. El "Defensor del Asegurado" no podrá intervenir en aquellas materias que versen sobre Riesgos del Trabajo, Seguro de Caución, Seguro de Salud, Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, Seguro de Responsabilidad Civil suscripto como cobertura única, Reclamo de terceros, Reclamos relacionados con la pesificación de obligaciones establecidas por la Ley 25.561, Reclamos entre distintos Beneficiarios de un Seguro de Vida o reclamos por una suma menor a $ 2.000 o superior a los $ 50.000. El Asegurado podrá requerir la intervención del "Defensor del Asegurado", comunicándose al 011-4312.7790 por e-mail a la dirección: defensoria@aacs.org.ar o mediante correo postal dirigido a la calle 25 de mayo 565 Piso 2 , ciudad de Bs. As. (C1002BK).
Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que Ud. posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo Ud., tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento. Esto se deberá hacer por escrito, sin ninguna otra formalidad.
Advertencia: Si el texto del presente certificado difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de un mes de haber recibido el mismo.
El asegurado que se identifica en este certificado de incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
El presente certificado de seguro queda nulo y sin valor alguno si existiera otro emitido con posterioridad y bajo la misma póliza. Este certificado se ajusta a la Resolución General N 24.697 de la S.S.N. Para mayor información comuníquese con su Asesor Productor de Seguros.
Sin otro particular, quedando a su disposición por las aclaraciones que considere pertinentes, aprovecho la oportunidad para saludarle atte.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de La Plata, a los 10 días del mes de JULIO de 2023, a pedido del Asegurado y a solo efecto de ser presentado ante quien corresponda.-

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



**Diego Fernando Vallina**
**Gerente General**