PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 8330952

Plan de pago consolidado:

Período facturado 18-12-2023 al 18-12-2024
*** Póliza: 12-8330952-0 Riesgo: A.P. ACC. PERSONALES (último endoso facturado: 4)**

ASEGURADO: 5733878 GRUPOBRICS S.A.

CUIT/CUIL: 30716995050 : Domicilio: DR DARDO ROCHA N* 3136
Localidad: MARTINEZ Pcia: BUENOS AIRES CP: 1640

CUOTA Y VENCIMIENTO	MONEDA	MONTO CUOTA	SALDO CUOTA
Pago contado saldo facturado. Fecha límite pago 03-03-2024	PESOS		343,578.21
1/12 Vencimiento 18/12/2023.	PESOS	17,025.00	0.00
2/12 Vencimiento 18/01/2024.	PESOS	36,940.00	0.00
3/12 Vencimiento 18/02/2024.	PESOS	36,940.00	36,940.00
4/12 Vencimiento 18/03/2024.	PESOS	50,900.00	50,900.00
5/12 Vencimiento 18/04/2024.	PESOS	50,900.00	50,900.00
6/12 Vencimiento 18/05/2024.	PESOS	50,900.00	50,900.00
7/12 Vencimiento 18/06/2024.	PESOS	50,900.00	50,900.00
8/12 Vencimiento 18/07/2024.	PESOS	50,900.00	50,900.00
9/12 Vencimiento 18/08/2024.	PESOS	50,900.00	50,900.00
10/12 Vencimiento 18/09/2024.	PESOS	50,900.00	50,900.00
11/12 Vencimiento 18/10/2024.	PESOS	50,900.00	50,900.00
12/12 Vencimiento 18/11/2024.	PESOS	50,902.79	50,902.79

MEDIOS DE PAGO. Las cuotas de la presente póliza pueden ser abonadas con Pago Fácil, Rapipago, Provincia Net, Cobro Express, Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking (Interpagos), VISA Pago Puntual o Servicios de Pago Mastercard. También puede solicitar la adhesión al servicio de cobro por DEBITO AUTOMATICO en tarjeta de crédito o CBU.

Las siguientes tablas contienen información útil que te servirá a la hora de abonar esta póliza:

PAGO ELECTRÓNICO	
Agente	**Código de pago electrónico**
Pago Mis Cuentas	**5733878**
Pagos Link	**5733878**
Visa Pago Puntual	**120083309520000**
Interbanking	**5733878**
Servicio de Pago Mastercard	**5733878**
Amex Pay	**CUIT 30716995050**

PAGO EN EFECTIVO	
Agente	**Identificación**
Cobro Express	**CUIT 30716995050**
Rapipago	**CUIT 30716995050**
Multipago	**CUIT 30716995050**
Pago Fácil	**CUIT 30716995050**
Provincia Net	**CUIT 30716995050**
Pronto Pago	**CUIT 30716995050**
Ripsa	**CUIT 30716995050**
Plus Pagos	**CUIT 30716995050**

– TIEMPO + CONCIENCIA

Autogestioná el pago de tus pólizas desde nuestra **WEB** o **APP**.
De esta manera no solo ganás mucho tiempo, sino que colaborás en el cuidado del medioambiente por el menor consumo de papel.

PAGO DIRECTO

Es fácil y rápido. Entrá desde la web ingresando a Acceso Asegurados desde **www.fedpat.com.ar** o desde la APP para smartphones **FedPat Móvil** y pagá tu seguro en sencillos pasos con tarjeta de débito o crédito. Además podrás consultar y descargar tu póliza, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

PAGO ELECTRÓNICO

Pago Mis Cuentas, Pagos Link, Interbanking, Servicios de Pago Mastercard, Visa Pago Puntual, Amex Pay

PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Adherite a través de las siguientes tarjetas:

PAGO EN EFECTIVO

Cobro Express, Rapipago, Pago Fácil, Provincia Net, Multipagos, Pronto Pago, Ripsa y Plus Pagos

DESCARGÁ LA APP FEDPAT MÓVIL

Descargá la APP en tu smartphone y tené al ALCANCE DE LA MANO toda la información de tus seguros.
Podrás pagar tus cuotas, declarar y consultar siniestros y muchas cosas más.

Google Play

0810-222-5588
www.fedpat.com.ar

fedpatoficial /fedpatoficial Federación Patronal Seguros Federación Patronal Seguros seguros@fedpat.com.ar

FRENTE DE PÓLIZA

Póliza impresa el dia 28-02-2024

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 8330952

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

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 28-02-2024	Hasta 12:00 Hs. del 18-12-2024
Término (en días)	**Plan**
294	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	28-02-2024

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

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

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/9	18-03-2024	$ 6,980.00
2/9	18-04-2024	$ 6,980.00
3/9	18-05-2024	$ 6,980.00
4/9	18-06-2024	$ 6,980.00
5/9	18-07-2024	$ 6,980.00
6/9	18-08-2024	$ 6,980.00
7/9	18-09-2024	$ 6,980.00
8/9	18-10-2024	$ 6,980.00
9/9	18-11-2024	$ 6,979.23
TOTAL:		**$ 62,819.23**

PERÍODO FACTURADO

28-02-2024	18-12-2024

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

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 36,757.16			
I.V.A. $ 10,804.29	**SELLADO** $ 0.00	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 565.94	
PREMIO DEL ENDOSO $ 62,819.23			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 197.73%	**CARGO FINANCIERO** $ 14,691.84	

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 28 de Febrero de 2024

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

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.fedpat.com.ar.
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

Para consultas o reclamos, comunicarse con FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U, al teléfono 0810-222-5588

Diego Fernando Vallina
Gerente General

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

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. ACC. PERSONALES	PÓLIZA	8330952

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

I	I3	A	A1	III	1	2	4
20							

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE ACCIDENTAL	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 8,000,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 8,000,000.00
040 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 800,000.00

La franquicia en la cobertura de asistencia medica y farmaceutica es de $ 7.500.-

OCUPACION CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 6 MTS. DE ALTURA
USO DE MOTOCICLETAS IN ITINERE NO APLICA

La franquicia en la cobertura de asistencia medica y farmaceutica es de $ 7.500.-

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.

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.

LUMBALGIAS
Contrariamente a lo establecido en el punto iii. del inc. d) de la Cláusula 2 - Definiciones -, se establece que esta póliza cubre lumbalgias cuando se produzcan como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

ESTADO DE EBRIEDAD / ABUSO DE ALCOHOL
(Aplicable cuando el asegurado conduzca un vehículo automotor)
Debe interpretarse que una persona se encuentra en estado de ebriedad si conduciendo un vehículo se niega a practicarse el examen de alcoholemia (u otro que corresponda), o cuando habiéndose practicado éste arroje un resultado igual o superior a un gramo de alcohol por 1.000 gramos de sangre al momento del accidente. A los fines de su comprobación queda establecido que la cantidad de alcohol en la sangre de una persona desciende a razón de 0,11 gramos por 1.000 cada hora.

ACTOS NOTORIAMENTE PELIGROSOS
Se deja establecido que además de los comúnmente aceptados, debe entenderse como hecho notoriamente peligroso o riesgoso, y por ende contemplado dentro del Anexo I (Riesgos No cubiertos / Exclusiones a la Cobertura), todo siniestro del asegurado que se produjera al estar como conductor ó acompañante de un vehículo en el que el conductor no posea registro vigente otorgado por autoridad competente que lo habilite a desempeñar dicha función.

Sr. Tomador / Contratante del Seguro: Le informamos que si Ud. desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura (conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. ACC. PERSONALES	PÓLIZA	8330952

Cantidad de asegurados vigentes: 7
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 ESCOCESA SAN ANDRES - cuit: 30529826806
CUIP:
0726201002000000000000000000083309520000000000041530716995050 1-10000047714200000000607010015

En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. ACC. PERSONALES **PÓLIZA** 8330952

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 28-02-2024	Hasta 12:00 Hs. del del 18-12-2024
Término (en días)	**Plan**
294	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
4	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	28-02-2024

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

ALTA PERSONAL

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
7	DNI 46355127	FERREYRA LEONEL NORBERTO	02-02-2005	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
6	DNI 39339704	ENCINA VICTOR ORLANDO	20-11-1995	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
1	DNI 44095181	FERREYRA CESAR NAHUEL	07-02-2002	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
7	DNI 46355127	FERREYRA LEONEL NORBERTO	02-02-2005	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
3	DNI 26341796	FERREYRA NORBERTO OSVALDO	10-07-1978	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
2	DNI 40116716	GONZALEZ EDGAR ALEXIS	10-05-1997	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
5	DNI 40093736	MORALEDA AXEL DANIEL	22-12-1996	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
4	DNI 22249305	MORALEDA GUSTAVO DANIEL	21-08-1971	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES