PAGO CONSOLIDADO

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 10106256

Plan de pago consolidado:

Período facturado 05-01-2026 al 05-02-2026

*** Póliza: 12-10106256-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (último endoso facturado: 2)**

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
1/2 Vencimiento 05/01/2026.	PESOS	**43,193.22**	**0.00**
2/2 Vencimiento 04/02/2026.	PESOS	**40,601.53**	**40,601.53**

Adherida al sistema de cobro por Débito Automático.

– 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 09-01-2026

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 10106256

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

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 09-01-2026	Hasta 12:00 Hs. del 05-02-2026
Término (en días)	**Plan**
27	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
2	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	09-01-2026

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
1/1	04-02-2026	$ 12,669.93
TOTAL:		**$ 12,669.93**
A debitar de	**CUENTA BANCA**	**cta. nro.: 0720**************2590**

PERÍODO FACTURADO

09-01-2026	05-02-2026

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

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 10,376.69			
I.V.A. $ 2,179.10	**SELLADO** $ 0.00	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 51.88	
PREMIO DEL ENDOSO $ 12,669.93			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 0.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 0.00	

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 09 de Enero de 2026

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

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

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

Diego Fernando Vallina
Gerente General

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

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN	ACCIDENTES PERSONALES	PRODUCTO	A.P. PRESTACIONAL	PÓLIZA	10106256

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
	$ 15,000,000.00
020 INVALIDEZ	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 15,000,000.00
050 ASIST. MEDICA Y FARMACEUTICA SIN FRANQ.	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 15,000,000.00
070 RENTA DIARIA POR INTERNACION - 30 DIAS	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 40,000.00
080 GASTOS DE SEPELIO	SUMA ASEG. INDIVIDUAL
	$ 2,071,300.00

OCUPACION CONSTRUCCIÓN - ALBAÑILERÍA EN PB Y HASTA 10 MTS. DE ALTURA

LIMITES DE EDADES: La edad límite para la suscripción de la póliza es de 65 años y la edad límite de permanencia es hasta los 66 años.

Queda entendido y convenido que la presente póliza además de cubrir la actividad descripta anteriormente, cubre las siguientes actividades hasta los 10 metros de altura: Electricista - Construcción - Techista - Gasista - Herrería - Plomería - Soldadura - Pintura - Instalación de aire acondicionado.

*** * * * CLAUSULA PARA TRABAJOS EN ALTURA * * * ***
==========

Queda expresamente entendido y convenido que contrariamente a lo establecido en la Clausula 6, inciso q), de las Condiciones Generales Comunes, el presente seguro cubre también los Accidentes derivados de la realización de trabajos en alturas superiores a los 6 (seis) metros.
En tales casos, la cobertura solo procederá en la medida que los trabajos que deba realizar el Asegurado sean efectuados observando las medidas de seguridad exigidas por las normas de higiene y seguridad en el trabajo vigentes al momento del Accidente. En caso que el Accidente se vea facilitado por el incumplimiento a estas normas, el Asegurador no abonara indemnización alguna.

*** * * * 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.

LIMITE DE EDAD MÍNIMA: La edad límite mínima para la suscripción de la póliza es de 16 años.

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

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

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

SELF

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.

Cantidad de asegurados vigentes: 6
IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA

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

CLÁUSULA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El presente seguro cubre los accidentes que sufran los asegurados indicados en las Condiciones Particulares de póliza y por las indemnizaciones especificadas en la misma mientras permanezcan al servicio de las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado o mientras éstas tengan un interés económico lícito sobre su vida o salud. Se instituye beneficiario en primer término a las personas o empresas que se mencionan en el detalle por certificado, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios, que conservarán su derecho solo sobre el saldo de la prestación:
a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir, con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados;
b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económico lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados, cuando estos sufrieran accidentes cubiertos por el contrato.
Previa citación al/los beneficiario/s para que en el término de tres días invoque/n su derecho al cobro preferente conforme con los términos anteriores, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados se consignará judicialmente el importe.

CLÁUSULA DE NO REPETICIÓN

Esta Aseguradora se obliga a mantener indemnes a las personas o empresas mencionadas dentro de los alcances previstos en la presente póliza, renunciando a ejercer la acción de repetición y en consecuencia no se subrogará en los derechos del asegurado y/o tercero reclamante y no accionará contra las mismas, y/o sus directores, y/o empleados

CLÁUSULA DE NO ANULACIÓN Y/O MODIFICACIÓN

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

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

PERSONAS Y/O EMPRESAS DESIGNADAS:

Empresa: ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESC - cuit: 30529826806

CUIP:
0726201002000000000000000001010625600000000002153071699505 00-10000047714200000006070100 15

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*****

SELF

ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 10106256

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 12:00 Hs. del 09-01-2026	Hasta 12:00 Hs. del del 05-02-2026
Término (en días)	**Plan**
27	100 - PLAN BASICO
Endoso	**Lugar de emisión**
2	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
	09-01-2026

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
6	DNI 95217017	ESTECHE OVELAR ALEX RODRIGO	25-11-2005	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	FE NACIMIENTO	BENEFICIARIO
5	DNI 30204566	BERNAL BARRERA NICOLAS	27-01-1983	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
3	DNI 95327975	DELVALLE LEGUIZAMON ARMANDO DANIEL	08-03-1996	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
2	DNI 95355223	DELVALLE LEGUIZAMON ROBERTO JAVIER	24-12-2001	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
6	DNI 95217017	ESTECHE OVELAR ALEX RODRIGO	25-11-2005	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
4	DNI 34453317	SILGUERA CARLOS GUILLERMO	07-11-1989	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES
1	DNI 32444177	SILGUERA JULIO CESAR	10-03-1987	CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.U. CUIT: 33-70736658-9
Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As.
IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO
Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2.
Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

FACTURA ORIGINAL

SECCIÓN 12 - ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 10106256

Asegurado	Domicilio	Fecha de Emisión
GRUPOBRICS S.A.	DR DARDO ROCHA N* 3136	09-01-2026
CUIT/ DNI	**Localidad**	**Endoso**
30716995050 /	MARTINEZ	2
IVA	**Provincia**	**Período Facturado Desde**
CONSUMIDOR FINAL	BUENOS AIRES	09-01-2026
Asegurado nro.	**Código Postal**	**Período Facturado Hasta**
5733878	1640	05-02-2026
	Ag. / Prod / Org	
	7 20027 - RAMIREZ AGUSTINA 9483 - MOREY Y ASOC. S.A.	

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO	IMPORTE
1/1	04-02-2026	$ 12,669.93
TOTALES:		**$ 12,669.93**

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

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

PRIMA	$	10,376.69
SUBTOTAL GRAVADO (PRECIO SIN IMPUESTOS)	$	10,376.69
IVA	$	2,179.10
SUB-TOTAL	$	12,555.79
TASA SUPERINTENDENCIA	$	62.26
CONTRIBUCIÓN INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES	$	51.88
MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	12,669.93

Las compañías de seguros se encuentran exceptuadas de la obligación de emitir comprobantes,dispuesta por la Resolución General N° 1415/03 de la AFIP, conforme lo establecido en el Inciso d) de su Anexo I.

El cómputo del crédito fiscal dependerá, entre otras cuestiones que establezca la normativa vigente,de la condición de IVA del sujeto receptor del presente comprobante.

Régimen de Transparencia Fiscal al Consumidor (Ley 27.743)
IVA contenido: 2179.1
Otros impuestos nacionales indirectos: 0

SELF