**PAGO CONSOLIDADO**

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PÓLIZA** 10253778

## Plan de pago consolidado:

**Período facturado 05-03-2026 al 05-04-2026**
*** Póliza: 12-10253778-0 Riesgo: A.P. PRESTACIONAL (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 |
|---|---|---|---|
| 1/2 Vencimiento 05/03/2026. | PESOS | **258,243.55** | **0.00** |
| 2/2 Vencimiento 04/04/2026. | PESOS | **83,053.03** | **83,053.03** |

**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 18-03-2026**

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 10253778

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

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 18-03-2026 | Hasta 12:00 Hs. del 05-04-2026 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 18 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 18-03-2026 |

### 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 | 04-04-2026 | $ 16,832.22 |
| **TOTAL:** | | **$ 16,832.22** |
| **A debitar de** | **CUENTA BANCAI cta. nro.: 0720**********2590** | |

### PERÍODO FACTURADO

| | |
|---|---|
| 18-03-2026 | 05-04-2026 |

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

### LIQUIDACION DEL PREMIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PRIMA** $ 13,785.60 | | | |
| **I.V.A.** $ 2,894.98 | **SELLADO** $ 0.00 | **OTROS IMP. Y TASAS** $ 68.93 | |
| **PREMIO DEL ENDOSO** $ 16,832.22 | | | |
| **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 18 de Marzo 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

| SECCIÓN | ACCIDENTES PERSONALES | PRODUCTO | A.P. PRESTACIONAL | PÓLIZA | 10253778 |
|---|---|---|---|---|---|

**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 - Colocador de Ventanas/Cortinas.**

*** * * * 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: 26**
**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:**
**0726201002000000000000000000102537780000000000041530716995050 4-10000047714200000000607010015**
**----------**
**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*****

**SELF**

# ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS

**SECCIÓN** ACCIDENTES PERSONALES **PRODUCTO** A.P. PRESTACIONAL **PÓLIZA** 10253778

| Vigencia Desde | Vigencia Hasta |
|---|---|
| Desde 12:00 Hs. del 18-03-2026 | Hasta 12:00 Hs. del del 05-04-2026 |
| **Término (en días)** | **Plan** |
| 18 | 100 - PLAN BASICO |
| **Endoso** | **Lugar de emisión** |
| 4 | La Plata, Buenos Aires, Argentina |
| **Póliza anterior** | **Fecha de emisión** |
| | 18-03-2026 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| 25 | DNI 39088107 | CABRERA NAHUEL EDUARDO DAVID | 09-07-1995 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 26 | DNI 30681374 | FERREYRA CESAR LUIS | 31-03-1983 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |

## NOMINA ACTIVA

| Cert. | Documento | Apellido y Nombre | FE NACIMIENTO | BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| 3 | DNI 94756624 | BENITEZ ANTONIO | 13-06-1982 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 4 | DNI 95189665 | BENITEZ CRISTIAN ELAUTERIO | 10-04-1980 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 5 | DNI 30204566 | BERNAL BARRERA NICOLAS | 27-01-1983 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 6 | DNI 95320259 | BERNAL MARTINEZ LEONARDO EZEQUIEL | 08-02-2002 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 1 | DNI 38947279 | BORDON FRANCO | 24-04-1996 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 22 | DNI 94835574 | CABRERA CABALLERO JORGE LUIS | 23-11-1986 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 25 | DNI 39088107 | CABRERA NAHUEL EDUARDO DAVID | 09-07-1995 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 23 | DNI 94626660 | CARDOZO DUARTE JORGE DAVID | 12-05-2006 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 7 | DNI 95327975 | DELVALLE LEGUIZAMON ARMANDO DANIEL | 08-03-1996 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 8 | DNI 95355223 | DELVALLE LEGUIZAMON ROBERTO JAVIER | 24-12-2001 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 9 | DNI 39645738 | DIAZ FERNANDEZ CHRISTIAN DANIEL | 22-06-1996 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 10 | DNI 95217017 | ESTECHE OVELAR ALEX RODRIGO | 25-11-2005 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 11 | DNI 43009666 | FARIAS FRANCO NAHUEL | 23-11-2000 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 26 | DNI 30681374 | FERREYRA CESAR LUIS | 31-03-1983 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 12 | DNI 46355127 | FERREYRA LEONEL NORBERTO | 02-02-2005 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 13 | DNI 26341796 | FERREYRA NORBERTO OSVALDO | 10-07-1978 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 24 | DNI 46355560 | FIRMAPAZ LEANDRO JOAQUIN | 12-02-2005 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 14 | DNI 40116716 | GONZALEZ EDGAR ALEXIS | 10-05-1997 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 2 | DNI 38312231 | ORTIZ ADRIEL | 10-10-1994 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 15 | DNI 95159075 | PAREDES AGUILAR CARLOS ABEL | 15-12-1980 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 21 | DNI 95113830 | ROJAS ARRUA JESUS ISAIAS | 06-01-2007 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 20 | DNI 94688392 | ROJAS LOPEZ JULIO | 10-02-1968 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 19 | DNI 53983723 | ROJAS ULICES LEONEL | 24-03-2000 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 16 | DNI 34453317 | SILGUERA CARLOS GUILLERMO | 07-11-1989 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 17 | DNI 32444177 | SILGUERA JULIO CESAR | 10-03-1987 | CONTRATANTE/TOMADOR (SEGÚN CLAU. 20)O HER. LEGALES |
| 18 | DNI 24017217 | STRAMUCCI MARCELO EDUARDO | 05-07-1974 | 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** 10253778

| Asegurado | Domicilio | Fecha de Emisión |
|---|---|---|
| GRUPOBRICS S.A. | DR DARDO ROCHA N* 3136 | 18-03-2026 |
| **CUIT/ DNI** | **Localidad** | **Endoso** |
| 30716995050 / | MARTINEZ | 4 |
| **IVA** | **Provincia** | **Período Facturado Desde** |
| CONSUMIDOR FINAL | BUENOS AIRES | 18-03-2026 |
| **Asegurado nro.** | **Código Postal** | **Período Facturado Hasta** |
| 5733878 | 1640 | 05-04-2026 |
| | **Ag. / Prod / Org** | |
| | 7<br>20027 - RAMIREZ AGUSTINA<br>9483 - MOREY Y ASOC. S.A. | |

### PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

| NRO. | VENCIMIENTO | IMPORTE |
|---|---|---|
| 1/1 | 04-04-2026 | $ 16,832.22 |
| **TOTALES:** | | **$ 16,832.22** |

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

### LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

| | | |
|---|---|---|
| PRIMA | $ | 13,785.60 |
| SUBTOTAL GRAVADO (PRECIO SIN IMPUESTOS) | $ | 13,785.60 |
| IVA | $ | 2,894.98 |
| SUB-TOTAL | $ | 16,680.58 |
| TASA SUPERINTENDENCIA | $ | 82.71 |
| CONTRIBUCIÓN INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES | $ | 68.93 |
| MONTO TOTAL DEL PREMIO | $ | 16,832.22 |

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: 2894.98
Otros impuestos nacionales indirectos: 0

---

SELF