LIDERAR
COMPAÑIA GENERAL DE SEGUROS S.A.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
SOLICITUD INDIVIDUAL

IMPORTANTE: El artículo 5 de la Ley de Seguros Nº 17418 establece que "toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el 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".

SOLICITANTE: 1º -APELLIDO 2º -NOMBRES: Di COLA JORGE ROBERTO

DOMICILIO	LOCALIDAD	PROVINCIA
Calle CONSTITUYENTES Nº 3333 C.P. 1611	DON TORCUATO	BS.AS

Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil	Documento de Identidad Clase	Número
15/11/56		VIUDO	DNI	12615151

EXCLUSIVO PARA LA COMPAÑIA

OCUPACIÓN	Cargo que desempeña	Tareas que realiza
CHOFER	CHOFER	CHOFER

Ramo

Póliza

Fecha de Vigencia: Desde 24/02/21 Hasta 24/02/22

Indíquese si tiene seguro en otras Compañías	Póliza	Suma Asegurada	Compañías

BENEFICIARIOS: APELLIDOS Y NOMBRES	Edad	Parentesco	Doc. Identidad Clase	Doc. Identidad Número	%
HEREDEROS FORZOSOS					
CLAUSULA DE NO REPETICION A FAVOR DE:					
ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ECOSESA SAN ANDRES CUIT: 30-52982680-6					
Domicilio: NOGOYA 550 OLIVOS COD. POSTAL: 1636					

SUFRIÓ USTED ALGÚN ACCIDENTE U OPERACIÓN QUIRURGICA?: NO

PADECE UD. ALGÚN DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD?: NO

A LOS FINES DE LA COBERTURA DECLARA SER ZURDO: NO

COBERTURA SOLICITADA:

EN SU ACTIVIDAD UNICAMENTE ☐ 24 HORAS ☒

SUMA PARA CASO DE MUERTE E INCAPACIDAD PERMANENTE (PARCIAL Y/O ABSOLUTA) $ 1.000.000

REEMBOLSO DE GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICO - FARMACÉUTICA HASTA $ 50.000 =

Declaro expresamente que los datos y respuestas consignados en el presente formulario son completos y verídicos y constituyen la condición de validez de mi seguro y forman parte integrante de él.
Declaro conocer y aceptar las Condiciones Generales de la Póliza.

LUGAR: DON TORCUATO FECHA: 24/02/21

FIRMA DEL ASEGURABLE

DATOS DEL PRODUCTOR - ASESOR DE SEGUROS

APELLIDO Y NOMBRES COMPLETOS: VENTURI LUIS

CODIGO Nº: 11782 MATRÍCULA S.S. N.

LUGAR: DON TORCUATO

FECHA: 24/02/21

Judith Gabriela Lopez

FIRMA DEL PRODUCTOR

Luis Venturi
R.P.C.N.: T. 76 - F. 847
R.M. 8618/04

DO.PA. JUDITH GABRIELA LOPEZ
PVRI - EVALUCAIONES DE RIESGOS

SELLO RECEPCIÓN

LIDERAR
COMPAÑIA GENERAL
DE SEGUROS S.A.

LIDERAR Compañia General de Seguros S.A.

Reconquista 585 (1003) Ciudad Autónoma de Buenos Aires * Argentina
Telefax: 4311-2133/5258-6100 Rotativas * e-mail cia@liderarseguros.com.ar
CUIT 30-50005949-0 * Ing. Brutos Conv. Mult.901-911905-1
Caja de Previsión Ind.y Com 321 * Ins Superintendencia 352
Inscripta en el Registro Público de Comercio el 12/06/1962 bajo el N°1240

ACCIDENTES PERSONALES	000263299 / 000000	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 26/02/2021
SECCION	*POLIZA / ENDOSO*	*LUGAR Y FECHA DE EMISION*
	RENUEVA POLIZA	DESDE LAS 12hs. DEL 24/02/2021 — HASTA LAS 12hs. DEL 24/02/2022 — *VIGENCIA*

DI COLA, JORGE ROBERTO 03452815

CONSTITUYENTES 3333 (1611) - DON TORCUATO
BUENOS AIRES

Cons. Final — *CONDICION FISCAL*

DNI 12.615.151 — *CUIT / CUIL / DOC*

DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO

Cobertura item: 001
000000004 MUERTE INVALIDEZ ASISTENCIA MEDICA
Suma Asegurada: $ ***1,000,000.00

Anexos: ANX1, 100, 100A, 103(1), 0048

CONDICIONES PARTICULARES

El Asegurador conviene en celebrar el presente contrato de seguro relativo a la prestaciones estipuladas a continuacion en los casos de muerte o invalidez permanente, causados por accidente al Asegurado.

DI COLA JORGE ROBERTO....DNI 12.615.151...FN 15/11/1956

de profesion: CHOFER DE TRANSPORTE ESCOLAR

a) EN CASO DE MUERTE: La suma de $ 1.000.000.-
pagadera a:HEREDEROS LEGALES

b) EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE: La proporcion de la suma de $ 1.000.000.-
que corresponda al grado de invalidez.

c) EN CASO DE ASISTENCIA MEDICA-FARMACEUTICA hasta la suma de $ 50.000.-
FRANQUICIA: $ 250.-

EXTENSION DE COBERTURA: 24 HORAS .

EL ASEGURADOR RENUNCIA EN FORMA EXPRESA A INICIAR CUALQUIER ACCION DE REPETICION CONTRA:
ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES

Continua en Pagina 2

PESOS	*MONEDA*
***1,000,000.00	*SUMA ASEGURADA*
*******4,914.01	*PRIMA*
**********0.00	*DER. DE EMISION*
**********0.00	*RECARGO FIN.*
**********29.48	*TASA SSN*
**********24.57	*SERVICIOS SOCIALES*
**********0.00	*IMPUESTOS INTERNOS*
**********0.00	*SELLADOS*
**********0.00	*PERCEP.ING.BR.*
**********0.00	*BONIFICACION*
*******1,031.94	*IVA*
*******6,000.00	*PREMIO*

RIESGOS ASEGURADOS Y OBJETO DEL SEGURO

24/02/2021	600.00	24/08/2021	600.00
24/03/2021	600.00	24/09/2021	600.00
24/04/2021	600.00	24/10/2021	600.00
24/05/2021	600.00	24/11/2021	600.00
24/06/2021	600.00		
24/07/2021	600.00		

PLAN DE PAGO

11782 SEGUROS DIRECTOS — *PRODUCTOR*

0 — *MATRICULA SSN*

Los vocablos "ASEGURADO", "TOMADOR", "CONTRATANTE", se utilizan indistintamente en esta póliza, por lo que se debe dar el significado que corresponda. Cuando el texto de la póliza y/o endoso difiera 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 y/o endoso. La entidad asegu_radora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un responsable y un suplente, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.liderarseguros.com.ar

Para consultas o reclamos, comunicarse con Liderar Seguros al (011) 4311-2133

En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o que 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, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por *RESOLUCION* N° *5831*

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

JOSE BUCCIONI
VICEPRESIDENTE

LIDERAR
COMPAÑIA GENERAL DE SEGUROS S.A.

LIDERAR Compañia General de Seguros S.A.

Reconquista 585 (1003) Ciudad Autónoma de Buenos Aires * Argentina
Telefax: 311-2133/5258-6100 Rotativas * e-mail cia@liderarseguros.com.ar
CUIT 30-50005949-0 * Ing. Brutos Conv. Mult.901-911905-1
Caja de Previsión Ind.y Com 321 * Ins Superintendencia 352
Inscripta en el Registro Público de Comercio el 12/06/1962 bajo el N°1240

ACCIDENTES PERSONALES	000263299 / 000000	Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 26/02/2021
SECCION	*POLIZA / ENDOSO*	*LUGAR Y FECHA DE EMISION*
	RENUEVA POLIZA	DESDE LAS 12hs. DEL 24/02/2021 — HASTA LAS 12hs. DEL 24/02/2022 *VIGENCIA*

DI COLA, JORGE ROBERTO 03452815

CONSTITUYENTES 3333 (1611) - DON TORCUATO
BUENOS AIRES

Cons. Final — DNI 12.615.151
CONDICION FISCAL — *CUIT / CUIL / DOC*

DATOS DEL ASEGURADO

CUIT: 30-52982680-6

SUS DIRECTIVOS, FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y OBREROS CON MOTIVO DE UN SINIESTRO AMPARADO POR LA POLIZA.-

La presente página es parte integrante del frente de póliza.