Seguros con Servicios

X

DOCUMENTO NO VALIDO COMO FACTURA

CONSTANCIA DE INCORPORACION
DE SERVICIOS

Nº **0001-00020251**

Fecha : Buenos Aires, 12 de noviembre de 2021

LOMBARDERO SEGUROS
MIGUEL CANE 974 - (1607) VILLA ADELINA

DATOS DEL ADHERENTE

NOMBRE LEIVA ABEL
DIRECCION EL RESERO 427 - VILLA ADELINA
COD. POSTAL 1609
I V A CONS FINAL CUIT / CUIL / Doc Id DNI 24330226

VIGENCIA DE INCOPORACION

02/11/2021 al 02/11/2022

ENTIDAD ASEGURADORA

EL NORTE Compañía Genera de Seguros S.A.

Avda. Corrientes 465 4° Piso - C.A.B.A. - Argentina

Sección ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nro. 381163

RIESGO ASEGURADO

DETALLE DEL RIESGO ASEGURADO EN POLIZA ADJUNTA.

FORMA DE PAGO

CUOTA	VENCIMIENTO	IMPORTE
1	14/11/2021	$ 650,00
2	14/12/2021	$ 650,00
3	14/01/2022	$ 650,00
4	14/02/2022	$ 650,00
5	14/03/2022	$ 650,00
6	14/04/2022	$ 650,00
7	14/05/2022	$ 650,00
8	14/06/2022	$ 650,00
9	14/07/2022	$ 650,00
10	14/08/2022	$ 650,00

Cuando el texto de la solicitud difiera del contenido de la constancia de incorporación la diferencia se considerará aprobada por el adherente si no reclama dentro de los treinta días de haber recibido esta constancia.
Se adjunta póliza de seguro a favor del adherente emitida por la entidad aseguradora.

T O T A L E S

SERVICIOS	1.870,57
SEGURO	4.629,43
T O T A L	**$ 6.500,00**

Compañía de Seguros EL NORTE S.A.

Bv. 25 de Mayo 1825 - Tel.: 03564-475700 - Líneas Rotativas - Fax: 03564-430900 - (2400) SAN FRANCISCO (Cba.)
Ingresos Brutos Conv. Mult. 904-249040-1 - C.U.I.T.: 30-50004045-5 - I.V.A. RESP. INSCRIPTO - CAJA PREV. Nº 0000105

VIGENCIA	
DESDE 00:00 HS DEL	HASTA 00:00 HS DEL
02/11/2021	**02/11/2022**

LUGAR Y FECHA DE EMISION

SAN FRANCISCO **03/11/2021**

SECCION	**12 - ACCIDENTES PERSONALES**					**Pág. Nº 1**
POLIZA NRO	**12006**	**381.163**	**2.075**	**ORIGINAL**	SUPL	**000**

TOMADOR

Nombre : **LEIVA, ABEL** - **Nro: 1.668.752**
Dirección : **EL RESERO 427**
Localidad : **VILLA ADELINA** **C.P: 1607** **Cel: (011)1538474881**
Provincia : **BUENOS AIRES** **Doc: DNI 24330226**
CUIT/CUIL : **0** **Cons. Final**

PRODUCTOR/ASESOR (2610/2610) LOMBARDERO, MARCELO HECTOR -Mat. 6907

FRENTE DE PÓLIZA - FACTURA - CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURA: MAS+PREVISOR - IND.AR

CODIGO INTERNO COBRANZA: 12006 2075 0 CERTIFICADO..: 1847

FACTURADO HASTA: 02/11/2022

*** PLAN DE PAGOS *** Moneda de Emisión: PESOS
Contado (C/Dto.): 3.955,15 Anticipo: 462,43
Cta.:1 02/12/2021 **463,00 Cta.:2 02/01/2022 **463,00 Cta.:3 02/02/2022 **463,00
Cta.:4 02/03/2022 **463,00 Cta.:5 02/04/2022 **463,00 Cta.:6 02/05/2022 **463,00
Cta.:7 02/06/2022 **463,00 Cta.:8 02/07/2022 **463,00 Cta.:9 02/08/2022 **463,00

****

CONDICIONES PARTICULARES
==========
ACTIVIDAD DECLARADA: Chofer e micro escolar.-
****

SE DEJA CONSTANCIA QUE CONTRARIAMENTE A LO ESTABLECIDO EN LA CLAUSULA 5
INCISO N DE LAS CONDICIONES GENERALES, SE DA COBERTURA A LOS ACCIDENTES
OCURRIDOS POR EL USO DE MOTOCICLETAS SIEMPRE QUE EL CONDUCTOR USE OBLIGATO
RIAMENTE CASCO Y NO CONTRAVENGA LAS REGLAMENTACIONES DE TRANSITO VIGENTES.
****

LA COMPAÑIA DE SEGUROS "EL NORTE S.A." RENUNCIA EN FORMA EXPRESA A INICIAR
TODA ACCION DE REPETICION O REGRESO EN CONTRA DE:
ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOSESA SAN ANDRES - Cuit: 30-52982680-6,
MUNICIPALIDAD DE VICENTE LOPEZ - Cuit: 30-99900605-8,
SU PERSONAL DIRECTIVO, EMPLEADOS U OBREROS, CON MOTIVO DE LAS PRESTACIONES
EN ESPECIE O DINERARIAS QUE SE VEA OBLIGADA A ABONAR POR LA COBERTURA DE /
LA PRESENTE POLIZA.-

Continúa...

PRIMA	RECARGO FINANCIERO	SUBTOTAL	IMPUESTOS Y TASAS	I.V.A.	PREMIO
$ 3.234,24	$ 557,26	$ 3.791,50	$ 837,93	$ 0,00	$ 4.629,43

ACREEDOR — RENUEVA POLIZA Nº

****

Las Condiciones Generales, las Cláusulas Adicionales y las Advertencias al Asegurado adjunto a la presente forman parte integrante de ésta Póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud de seguro, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.
La entidad aseguradora 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 esta integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.elnorte.com.ar.
En caso de que el reclamo 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, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.
Para consultas o reclamos, comunicarse con la Compañía de Seguros El Norte S.A. al (03564) 47-5700.
Esta póliza ha sido aprobada por la S.S.N., por Expediente Nº 11.246/16.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.8 del Reg.Gral.Act.Aseg.
T.E.A.: 42.58% (en pesos)

Dr. Julio C. Scarafia
Presidente
COMPAÑIA DE SEGUROS
"EL NORTE S.A."

Compañía de Seguros EL NORTE S.A.

Bv. 25 de Mayo 1825 - Tel.: 03564-475700 - Líneas Rotativas - Fax: 03564-430900 - (2400) SAN FRANCISCO (Cba.)
Ingresos Brutos Conv. Mult. 904-249040-1 - C.U.I.T.: 30-50004045-5 - I.V.A. RESP. INSCRIPTO - CAJA PREV. Nº 0000105

Continuación...

****

NOMINA INTERNA DE ASEGURADOS

Nro	Nombre del Asegurado	Cobertura	Mon.	Capital	Prima	Edad
1	LEIVA, ABEL	MUERTE -ACC.LABORAL	PESOS	2.000.000	1.663,48	47
	853-ACC.PERSONALES - P.3	INVAL.PERM. T.Y P	PESOS	2.000.000	1.084,98	
	094-CHOFERES DE CAMIONES, AMB	SEPELIO $ 60.000	PESOS	60.000	52,57	
		PROT Y ORT $ 70.000	PESOS	70.000	14,28	
		G.M.CF$1500 $ 30.000	PESOS	30.000	418,93	

BENEFICIARIOS

Nro.Per	Nro.Ord	Beneficiario	Tipo Benef.	% Part.
313253	1	HEREDEROS	Primario	100.00

NÓMINA DE MEDIOS DE PAGO HABILITADOS

- IMPRESORA FISCAL
- ENTIDADES BANCARIAS (pago en ventanilla):
  Banco de la Nación Argentina, Banco Provincia de Córdoba, Banco Macro, Nuevo Banco de Santa Fe y Banco Galicia.
- DÉBITO EN CUENTAS BANCARIAS:
  Operatoria con todas las entidades bancarias habilitadas del sector financiero sometidas al régimen de la ley 21.526.
- ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN COBRANZAS:
  Pago Fácil, RapiPago, Cobro Express, MultiPago, Pronto Pago, Mercado Pago y Administradora San Juan.
- TARJETA DE DÉBITO, CRÉDITO:
  Débito:
  Visa Electrón, Maestro.
  Crédito:
  Cupón de venta: Visa, Naranja, MasterCard, Argencard, Ciudad , Local, Platino, Cordobesa, Mutual, American Express y Nativa. Débito Automático: Naranja, Mastercard, Visa, Argencard, Cordobesa, Platino, Leal, American Express, Nevada, Nativa y Cabal.
- CAJEROS AUTOMÁTICOS: Banelco y Red Link
- SITIOS WEB: www.pagomiscuentas.com y www.linkpagos.com.ar
- APP: Banelco Móvil y Link Celular

ANEXOS

AN-EX 1 . . : ANEXO I - EXCLUSIONES CONDICIONES GENERALES - CLAUSULA 5.

AN-EX 2 . . : CONDICIONES ESPECIFICAS - COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS POR PROTESIS Y ORTESIS - CLAUSULA 5.

CLAUSULAS

CG-AP 1 . . : CONDICIONES GENERALES COMUNES - SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES MODULAR.

CG-AP 2 . . : CLAUSULA DE INTERPRETACION.

CG-AP 3 . . : CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO.

CGE-AP 2 . . : CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS - SEGURO INDIVIDUAL.

CGE-AP 3 . . : CONDICIONES GENERALES ESPECIFICAS - ACCIDENTE EN EL LUGAR DEL TRABAJO O IN ITINERE.

CE-CM 1 . . : CONDICIONES ESPECIFICAS - COBERTURA DE MUERTE.

CE-CI 2 . . : CONDICIONES ESPECIFICAS - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE - TOTAL Y PARCIAL.

CE-GM 4 . . : CONDICIONES ESPECIFICAS - COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS.

CE-GS 5 . . : CONDICIONES ESPECIFICAS - COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE SEPELIO.

CE-PO 6 . . : CONDICIONES ESPECIFICAS - COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS POR PROTESIS Y ORTESIS.

CA-PT 1 . . : CLAUSULA ADICIONAL - SEGURO SOBRE LA PERSONA DE UN TERCERO.

CG-UIF 1 . . : CLAUSULA UIF.

CONSULTE LOS TEXTOS DE LAS CONDICIONES GENERALES Y CLAUSULAS ADICIONALES CORRESPONDIENTES A ESTE CONTRATO INGRESANDO A PORTAL ASEGURADOS EN: www.elnorte.com.ar.
SI USTED NECESITARA UNA IMPRESIÓN DE LAS MISMAS PODRÁ SOLICITARLAS EN TODAS NUESTRAS OFICINAS COMERCIALES O EN CASA CENTRAL.

Compañía de Seguros
EL NORTE S.A.
Bv. 25 de Mayo 1825
Tel.: 03564 - 475700
Líneas Rotativas
fax: 03564 - 430900
2400 - San Francisco (Cba.)

R E S U M E N / F A C T U R A (*)

(*) Alcanzada por Anexo I RG AFIP 1415/2003
apartado A punto d)

SECCION	NUMERO
ACCIDENTES PERSONALES	**415.935**

NOMBRE / RAZON SOCIAL

Nombre .: LEIVA, ABEL
Dirección .: EL RESERO 427
Localidad .: 1607 - VILLA ADELINA Cel: (011)1538474881
Provincia .: BUENOS AIRES DNI 24330226
CUIT/CUIL .: 0 Cons. Final
PROD./ASES. .: 2610-LOMBARDERO, MARCELO HECTOR Mat.: 6907 Art.: 12006 - S.Pol.:2075

POLIZA NRO	SUPL.	LUGAR Y FECHA DE EMISION
381.163	0	SAN FRANCISCO, 03/11/2021

CONCEPTO

Facturación Seguros.

PRIMA	RECARGO FINANCIERO	SUBTOTAL	IMPUESTOS Y TASAS	I.V.A.	PREMIO
$*****3.234,24	$*****557,26	$*****3.791,50	$*****837,93	$*****0,00	$*****4.629,43

CONDICIONES DE PAGO

CONTADO ESPECIAL	$*****0,00	ANTICIPO	$*****462,43
SALDO CONTADO	$*****3.955,15	SALDO EN CUOTAS	$*****4.167,00

DETALLE DE VENCIMIENTOS E IMPORTES DE LAS CUOTAS

CUOTA	VENCIMIENTO	MON	IMPORTE	CUOTA	VENCIMIENTO	MON	IMPORTE
-1-	02/12/2021	$	*****463,00	-2-	02/01/2022	$	*****463,00
-3-	02/02/2022	$	*****463,00	-4-	02/03/2022	$	*****463,00
-5-	02/04/2022	$	*****463,00	-6-	02/05/2022	$	*****463,00
-7-	02/06/2022	$	*****463,00	-8-	02/07/2022	$	*****463,00
-9-	02/08/2022	$	*****463,00	-10-			
-11-				-12-			

$: Equivale a Moneda: Pesos. --- U$S: Equivale a Moneda: Dolares

ORIGINAL