Aseguradora

Compañía de Seguros EL NORTE S. A.

Av. Corrientes 465 4º Piso - (1043) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

RECIBO DE COBRANZA Nº

0001-00021796 / 01

Sección	Póliza Nro.	Endoso Nro.	Vigencia / Período Facturado
ACC. PERSONALES	000412421	000000000	02/11/2022 al 02/11/2023
Cuota	Vencimiento Cuota		Importe
1/10	14/11/2022		$ 700,00

Ubicación del riesgo	CHOFERES y/o CELADORAS DE TTE. ESCOLAR

Son Pesos SETECIENTOS con 00/00

Próximo Vencimiento: 14/12/2022

Asegurado LEIVA ABEL

NOTA El pago al que se refiere este comprobante no exime de ninguna manera del pago de las cuotas anteriores que no hubieran sido abonadas.

LIDERAR Cia. Gral. de Seguros S.A.

16 / 11 / 22

Productor: MARCELO H. LOMBARDERO - CUIT 20-13058419-6

MIGUEL CANE 974 - (1607) VILLA ADELINA - Tel 4765-9366

P A G A D O

Para el ASEGURADO

Seguros con Servicios

X

DOCUMENTO NO VALIDO COMO FACTURA

CONSTANCIA DE INCORPORACION
DE SERVICIOS

Nº **0001-00020799**

Fecha : Buenos Aires, 7 de marzo de 2022

LOMBARDERO SEGUROS
MIGUEL CANE 974 - (1607) VILLA ADELINA

DATOS DEL ADHERENTE

NOMBRE SOLIS JUAN CRUZ
DIRECCION GARMENDIA 1156 - BENAVIDEZ
COD. POSTAL 1642
I V A CONS FINAL CUIT / CUIL / Doc Id DNI 38680335

VIGENCIA DE INCOPORACION

02/03/2022 al 02/03/2023

ENTIDAD ASEGURADORA

COMPAÑÍA DE SEGUROS EL NORTE S.A.

Av. Corrientes 465 4º Piso - (1043) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Sección ACCIDENTES PERSONALES
POLIZA Nro. 390993

RIESGO ASEGURADO

DETALLE DEL RIESGO ASEGURADO EN POLIZA ADJUNTA.

FORMA DE PAGO

CUOTA	VENCIMIENTO	IMPORTE
1	12/03/2022	$ 660,00
2	12/04/2022	$ 660,00
3	12/05/2022	$ 660,00
4	12/06/2022	$ 660,00
5	12/07/2022	$ 660,00
6	12/08/2022	$ 660,00
7	12/09/2022	$ 660,00
8	12/10/2022	$ 660,00
9	12/11/2022	$ 660,00
10	12/12/2022	$ 660,00

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	258,50
SEGURO	6.341,50
T O T A L	**$ 6.600,00**

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
02/03/2022	02/03/2023

LUGAR Y FECHA DE EMISION

SAN FRANCISCO 07/03/2022

SECCION	12 - ACCIDENTES PERSONALES			Pág. Nº 1
POLIZA NRO	12006 390.993 2.252	ORIGINAL	SUPL	000

TOMADOR

Nombre : SOLIS, JUAN CRUZ - Nro: 1.840.909
Dirección : GARMENDIA 1156
Localidad : BENAVIDEZ C.P: 1621 Cel: (011)1538474880
Provincia : BUENOS AIRES Doc: DNI 38680335
CUIT/CUIL : 0 Monotributo

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

FRENTE DE PÓLIZA - FACTURA - CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURA: MAS+PREVISOR - IND.AR

CODIGO INTERNO COBRANZA: 12006 2252 0 CERTIFICADO..: 1989

FACTURADO HASTA: 02/03/2023

*** PLAN DE PAGOS *** Moneda de Emisión: PESOS
Contado (C/Dto.): 5.423,67 Anticipo: 634,00
Cta.:1 02/04/2022 **667,50 Cta.:2 02/05/2022 **630,00 Cta.:3 02/06/2022 **630,00
Cta.:4 02/07/2022 **630,00 Cta.:5 02/08/2022 **630,00 Cta.:6 02/09/2022 **630,00
Cta.:7 02/10/2022 **630,00 Cta.:8 02/11/2022 **630,00 Cta.:9 02/12/2022 **630,00

---

(1) Incluye percepción IBR.BSAS $389,95

****
CONDICIONES PARTICULARES
==========
ACTIVIDAD DECLARADA: CHOFERES DE CAMIONES, AMBULANCIAS, OMNIBUS Y UTILITARIOS.-
****
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.
****

FRANQUICIA COBERTURA DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS:$1.500.-POR SINIESTRO

LA COMPAÑIA DE SEGUROS "EL NORTE S.A." RENUNCIA EN FORMA EXPRESA A INICIAR

Continúa...

PRIMA	RECARGO FINANCIERO	SUBTOTAL	IMPUESTOS Y TASAS	I.V.A.	PREMIO
$ 4.115,78	$ 758,54	$ 4.874,32	$ 1.467,18 (1)	$ 0,00	$ 6.341,50

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.: 45.93% (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...

TODA ACCION DE REPETICION O REGRESO EN CONTRA DE:
* ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESCOCESA SAN ANDRES - Cuit: 30-52982680-6,
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.-
****

NOMINA INTERNA DE ASEGURADOS

Nro	Nombre del Asegurado	Cobertura	Mon.	Capital	Prima	Edad
1	SOLIS, JUAN CRUZ	MUERTE -ACC.LABORAL	PESOS	1.500.000	1.975,05	26
	853-ACC.PERSONALES - P.3	INVAL.PERM. T.Y P	PESOS	1.500.000	1.288,20	
	094-CHOFERES DE CAMIONES, AMB	SEPELIO $ 60.000	PESOS	60.000	83,22	
		PROT Y ORT $ 70.000	PESOS	70.000	22,61	
		G.M.CF$1500 $ 50.000	PESOS	50.000	746,70	

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

Indice de Condiciones Contractuales que integran la presente póliza			
POLIZA N°:	**12 - 390993 - 0 - 001**	**Pág. N°**	**3**

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: