NIVEL SEGUROS

POLIZA Nº
000039013/000000

# POLIZA DE SEGUROS

## CONDICIONES PARTICULARES

Entre Nivel Seguros S.A. (en adelante "el Asegurador") y el solicitante (en adelante "el Asegurado o Tomador") se conviene en celebrar este contrato de Seguro de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la presente Póliza.

| LUGAR DE EMISION | FECHA | VIGENCIA Desde las 12 hs. | Hasta 12 hs. |
|---|---|---|---|
| Salta, | 16/12/2024 | 16/12/2024 | 15/01/2025 |

| PRODUCTOR | Nº INSC. | RAMO |
|---|---|---|
| 00448-LUCERO SPAVIOLI, FERNANDO | 67754 | ACCIDENTES PERSONALES RES.SSN Nro.4579 |

Tel. - Email: fernando@lucerospavioli.com

## TOMADOR/ASEGURADO

SANDOVAL LEONARDO JAVIER
RODRIGUEZ PENA VILLA ROSA
1629 - PILAR - BUENOS AIRES

Nº ASEGURADO
586743

POSICION FRENTE AL IVA
Cons. Final

C.U.I.T.
20268921622

T.E.
1165136974

## INTERES ASEGURABLE-COBERTURA

Continua detalle en suplemento adicional nro. 1

Descargue las condiciones contractuales del seguro de su automotor desde: http://www.nivelseguros.com.ar/condicionescontractualesseguroautomotores.pdf o solicitelas en casa central o a su productor. La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atencion al Asegurado Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vias de atencion al publico de la entidad, podran comunicarse con este Servicio al telefono (0387) 4-267000 o 0800-555-Nivel).Los datos de los Responsa bles del Servicio de Atencion al Asegurado se encuentran disponibles en la pagina web (www.nivelseguros.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 admision, podra comunicarse con la Superinten dencia de Seguros de la Nacion por telefono al 0800-666-8400 o por correo electronico a consultas@ssn.gob.ar El temperamento expuesto no aplica a las polizas emitidas por Aseguradoras de Riesgos de Trabajo.

| CAMBIO | SUMA ASEGURADA | PRIMA TOTAL | REC. ADM. | ADIC. FCIERO. | DERECHO DE EMISION |
|---|---|---|---|---|---|
| | 118.800.000,00 | 29.967,75 | 0,00 | 497,46 | 0,00 |

| MONEDA | IVA | IMPUESTOS Y SELLADO | PREMIO TOTAL | BONIFICACION |
|---|---|---|---|---|
| $ | 0,00 | 7.095,90 | 37.561,12 | 0,00 |

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Si el texto de la presente póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

| | | | |
|---|---|---|---|
| PRIMA PURA | 29.967,75 | C.U.I.T. | |
| GASTOS DE EXPLOTACION | 0,00 | T.E.A. | 0,00 |
| ADQUISICION | 0,00 | OSSEG | 149,83 |
| PRIMA TARIFA | 30.465,21 | SEG. VIAL | 0,00 |
| BASE IMPONIBLE | 30.465,21 | | |

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación en relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiendose personalmente, o por nota a Julio A. Roca 721(C.C. 1067), Ciudad de Buenos Aires, o a los Telefonos 4338-4000 (lineas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse via internet a la siguiente direccion: www.ssn.gov.ar

Presidente

NIVEL SEGUROS

## INTERES ASEGURABLE - COBERTURA

| POLIZA Nº | |
|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | |
| POLIZA | 000039013 |
| ENDOSO | 000000 |

Descripcion de la Cobertura Nro: 001
425000000 - CATEGORIA 4 (DURANTE EL TIEMPO LABORAL CON IN ITIN

Item Nro. 1 ASEGURADO: SCHULDAIS JUAN MANUEL DNI 40860394
---
OCUPACION: CONSTRUCCION/REFACCIONES
---
COBERTURA:
---
A)POR MUERTE ACCIDENTAL, HASTA LA SUMA DE:..... $ 12.000.000,00
B)POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL, HASTA LA SUMA DE:.. $ 12.000.000,00
C)ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA, HASTA LA SUMA DE:..... $ 1.200.000,00
Con franquicia para Asistencia medica y/o farmaceutica del 5% sobre el monto del siniestro con un minimo de $200. .-
Suma Aseg $ 13.200.000,00
BENEFICIARIO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER, 100%
---
Item Nro. 2 ASEGURADO: MORENO AGUSTIN NICOLAS DNI 45204927
---
OCUPACION: CONSTRUCCION/REFACCIONES
---
COBERTURA:
---
A)POR MUERTE ACCIDENTAL, HASTA LA SUMA DE:..... $ 12.000.000,00
B)POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL, HASTA LA SUMA DE:.. $ 12.000.000,00
C)ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA, HASTA LA SUMA DE:..... $ 1.200.000,00
Con franquicia para Asistencia medica y/o farmaceutica del 5% sobre el monto del siniestro con un minimo de $200. .-
Suma Aseg $ 13.200.000,00
BENEFICIARIO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER, 100%
---
Item Nro. 3 ASEGURADO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER DNI 26892162
---
OCUPACION: CONSTRUCCION/REFACCIONES
---
COBERTURA:
---
A)POR MUERTE ACCIDENTAL, HASTA LA SUMA DE:..... $ 12.000.000,00
B)POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL, HASTA LA SUMA DE:.. $ 12.000.000,00
C)ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA, HASTA LA SUMA DE:..... $ 1.200.000,00
Con franquicia para Asistencia medica y/o farmaceutica del 5% sobre el monto del siniestro con un minimo de $200. .-
Suma Aseg $ 13.200.000,00
BENEFICIARIO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER, 100%
---
Item Nro. 4 ASEGURADO: BENITEZ ALBERTO MIGUEL ANGEL DNI 46247448
---
OCUPACION: CONSTRUCCION/REFACCIONES
---
COBERTURA:

NIVEL SEGUROS

## INTERES ASEGURABLE - COBERTURA

| POLIZA Nº | |
|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | |
| POLIZA | 000039013 |
| ENDOSO | 000000 |

---

A)POR MUERTE ACCIDENTAL, HASTA LA SUMA DE:..... $ 12.000.000,00

B)POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL, HASTA LA SUMA DE:.. $ 12.000.000,00

C)ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA, HASTA LA SUMA DE:..... $ 1.200.000,00

Con franquicia para Asistencia medica y/o farmaceutica del 5% sobre el monto del siniestro con un minimo de $200. .-

Suma Aseg $ 13.200.000,00

BENEFICIARIO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER, 100%

---

Item Nro. 5 ASEGURADO: DUARTE SANTIAGO RODRIGO DNI 47681814

---

OCUPACION: CONSTRUCCION/REFACCIONES

---

COBERTURA:

---

A)POR MUERTE ACCIDENTAL, HASTA LA SUMA DE:..... $ 12.000.000,00

B)POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL, HASTA LA SUMA DE:.. $ 12.000.000,00

C)ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA, HASTA LA SUMA DE:..... $ 1.200.000,00

Con franquicia para Asistencia medica y/o farmaceutica del 5% sobre el monto del siniestro con un minimo de $200. .-

Suma Aseg $ 13.200.000,00

BENEFICIARIO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER, 100%

---

Item Nro. 6 ASEGURADO: BORGOGNO LEONARDO MATIAS DNI 33223645

---

OCUPACION: CONSTRUCCION/REFACCIONES

---

COBERTURA:

---

A)POR MUERTE ACCIDENTAL, HASTA LA SUMA DE:..... $ 12.000.000,00

B)POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL, HASTA LA SUMA DE:.. $ 12.000.000,00

C)ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA, HASTA LA SUMA DE:..... $ 1.200.000,00

Con franquicia para Asistencia medica y/o farmaceutica del 5% sobre el monto del siniestro con un minimo de $200. .-

Suma Aseg $ 13.200.000,00

BENEFICIARIO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER, 100%

---

Item Nro. 7 ASEGURADO: DUARTE, GERARDO MARTIN DNI 38241277

---

OCUPACION: CONSTRUCCION/REFACCIONES

---

COBERTURA:

---

A)POR MUERTE ACCIDENTAL, HASTA LA SUMA DE:..... $ 12.000.000,00

B)POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL, HASTA LA SUMA DE:.. $ 12.000.000,00

C)ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA, HASTA LA SUMA DE:..... $ 1.200.000,00

Con franquicia para Asistencia medica y/o farmaceutica del 5% sobre el monto del siniestro con un minimo de $200. .-

Suma Aseg $ 13.200.000,00

BENEFICIARIO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER, 100%

---

Item Nro. 8 ASEGURADO: AMILIVIA LEMOS MARCOS ANT

NIVEL SEGUROS

## INTERES ASEGURABLE - COBERTURA

| POLIZA Nº | |
|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | |
| POLIZA | 000039013 |
| ENDOSO | 000000 |

DNI 27578674

---

OCUPACION: CONSTRUCCION/REFACCIONES

---

COBERTURA:

---

A)POR MUERTE ACCIDENTAL, HASTA LA SUMA DE:..... $ 12.000.000,00

B)POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL, HASTA LA SUMA DE:.. $ 12.000.000,00

C)ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA, HASTA LA SUMA DE:..... $ 1.200.000,00

Con franquicia para Asistencia medica y/o farmaceutica del 5% sobre el monto del siniestro con un minimo de $200. .-

Suma Aseg $ 13.200.000,00

BENEFICIARIO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER, 100%

---

Item Nro. 9 ASEGURADO: ESPINOSA LEONEL MARIO DNI 44381353

---

OCUPACION: CONSTRUCCION/REFACCIONES

---

COBERTURA:

---

A)POR MUERTE ACCIDENTAL, HASTA LA SUMA DE:..... $ 12.000.000,00

B)POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL, HASTA LA SUMA DE:.. $ 12.000.000,00

C)ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA, HASTA LA SUMA DE:..... $ 1.200.000,00

Con franquicia para Asistencia medica y/o farmaceutica del 5% sobre el monto del siniestro con un minimo de $200. .-

Suma Aseg $ 13.200.000,00

BENEFICIARIO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER, 100%

---

Suma Aseg.: 118800000,00

Ubicación del riesgo: zona urbana

Anexos:

-25-4

NIVEL SEGUROS

| POLIZA Nº | |
|---|---|
| ACCIDENTES PERSONALES | |
| POLIZA | 000039013 |
| ENDOSO | 000000 |

## INTERES ASEGURABLE - COBERTURA

LIMITES DE COBERTURA

---

Se deja expresa constancia, que el limite maximo de altura permitido
para tareas propias de construccion o instalacion es hasta 8 mts.

CLAUSULA OBLIGATORIA

---

El tomador del seguro debera proveer al personal de los accesorios
básicos de acuerdo a leyes y reglamentos sobre seguridad e higiene.
En el caso de uso de motocicleta, motos o similares, es obligatorio,
bajo pena de nulidad de la cobertura, el uso del casco reglamentario.

Ubicación del riesgo:

Anexos:2 5-4

---

**CLAUSULA DE NO REPETICION**

**---**

**sa a iniciar toda acción de repetición o de regreso contra:**
**Se deja constancia que NIVEL SEGUROS S.A. renuncia en forma expre**
**ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESC - CUIT 30529826806**
**sus funcionarios, empleados u obreros, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a otorgar o abonar al personal dependiente o ex-dependiente de:**
**SANDOVAL LEONARDO JAVIER,**
**alcanzados por la cobertura de la presente póliza, por aquellos accidentes sufridos o contraidos por el hecho o en ocasión del trabajo o en el trayecto entre el domicilio y lugar de trabajo.**
**NIVEL SEGUROS S.A. se obliga a comunicar fehacientemente a:**
**toda omisión de pago y/u otro hecho de cualquier naturaleza en que incurriese el Asegurado y que causare suspension de la cobertura, caducidad de derechos, rescisión o perdida de vigencia, total y/o parcial de la póliza, con una anticipación mínima de 15 días corridos, respecto de la fecha en que pudieren verificarse tales circunstancias.**
**Anexos:2 5-4**
**Ubicación del riesgo: ZONA URBANA**

**---**

**CONSORCIO DE PROPIETARIOS BARR - CUIT 30708506601 30-57727079-8 SAN MIGUEL DE GHISO COUNTRY CLUB**
**ASOCIACION CIVIL EDUCATIVA ESC - CUIT 30529826806**
**CONSORCIO DE PROPIETARIOS BARR - CUIT 30708506601 30-57727079-8 SAN MIGUEL DE GHISO COUNTRY CLUB**

NIVEL SEGUROS

NIVEL SEGUROS
Laprida 51-Salta
Tel./Fax:(0387)-4267000
NºEntidadS.S.N:662

Sección ACCIDENTES PERSONALES
VIGENCIA 16/12/2024 - 15/01/2025
Póliza: 39013 Endoso: 0
ASEGURADO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER
Domicilio: 1629 - PILAR - BUENOS AIRES
PRODUCTOR LUCERO SPAVIOLI, FERNANDO
CUOTA: 1 IMPORTE $ 37.561,12
VENCIMIENTO 16/12/2024
Próximo Vto. / /
CHEQUE BANCO:
IMPORTE $ EFTO.
Marca
Modelo Patente
Motor
Chasis
Fecha de Cobro
Hora de Cobro

Firma (Cobrador y/o Productor)

COMPROBANTE ASEGURADO
Este recibo tendrá validez con firma y sellos autorizados.

NIVEL SEGUROS
Laprida 51-Salta
Tel./Fax:(0387)-4267000
NºEntidadS.S.N:662

Sección ACCIDENTES PERSONALES
VIGENCIA 16/12/2024 - 15/01/2025
Póliza: 39013 Endoso: 0
ASEGURADO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER
Domicilio: 1629 - PILAR - BUENOS AIRES
PRODUCTOR LUCERO SPAVIOLI, FERNANDO
CUOTA: 1 IMPORTE $ 37.561,12
VENCIMIENTO 16/12/2024
Próximo Vto. / /
CHEQUE BANCO:
IMPORTE $ EFTO.
Marca
Modelo Patente
Motor
Chasis
Fecha de Cobro
Hora de Cobro

Firma (Cobrador y/o Productor)

COPIA ENTE RECAUDADOR
Este recibo tendrá validez con firma y sellos autorizados.

NIVEL SEGUROS
Laprida 51-Salta
Tel./Fax:(0387)-4267000
NºEntidadS.S.N:662

Sección ACCIDENTES PERSONALES
VIGENCIA 16/12/2024 - 15/01/2025
Póliza: 39013 Endoso: 0
ASEGURADO: SANDOVAL LEONARDO JAVIER
Domicilio: 1629 - PILAR - BUENOS AIRES
PRODUCTOR LUCERO SPAVIOLI, FERNANDO
CUOTA: 1 IMPORTE $ 37.561,12
VENCIMIENTO 16/12/2024
Próximo Vto. / /
CHEQUE BANCO:
IMPORTE $ EFTO.
Marca
Modelo Patente
Motor
Chasis
Fecha de Cobro
Hora de Cobro

Firma (Cobrador y/o Productor)

COPIA COMPAÑÍA
Este recibo tendrá validez con firma y sellos autorizados.



09466212039013000000010375611224351000000009