



528099708880111105

ISS ESCOLARES  
CARLOS PELLEGRINI 385  
L6300DRG SANTA ROSA  
LA PAMPA

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)  
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4  
9 DE JULIO 137  
6300 - SANTA ROSA  
LA PAMPA  
TEL. 423876 FAX. 422124



\* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

## CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
ACCIDENTES PERSONALES	5280-9970888-01	8	37

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
ENDOSO	desde las 00 hs. del 01-10-2024 hasta las 00 hs. del 01-03-2025
ASEGURADO Y/O TOMADOR	ISS ESCOLARES
DOMICILIO	CARLOS PELLEGRINI 385 L6300DRG - SANTA ROSA LA PAMPA

COND. DE IVA	SOLICITUD N°	N° DOC./N° DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO		CT 00-00000510-5	

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	\$ 657.680.000

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, MEDIANTE PROVEIDO N° 117.668 DE FECHA 10-05-2013.

PRODUCTO ACCIDENTES PERSONALES - ESCOLARES

CAUSA DEL ENDOSO:ALTAS CLAUSULA 90

Caracter de la póliza: NO CONTRIBUTIVA

Tipo de Tarificación: GLOBAL

Cantidad de asegurados : 65.768

Porcentaje de Adhesión : 100,00%

Frecuencia de Facturación: Mensual Cantidad de cuotas: 1 Forma de Pago: Segun anexo M

TIPO DE CAPITAL: Suma Asegurada Uniforme

Período de Permanencia (para adquirir Condición deasegurable): 0 meses

Incluye USO DE NATATORIO: SI

EDAD MINIMA DE INGRESO : 45 días

EDAD MAXIMA DE INGRESO : 69 años inclusive

EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: Hasta cumplir los 70 años

Nivel Educativo \*\*

## COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1, 2, 36, 37, 5, M, A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
\$					

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN SANTA ROSA, 27 Septiembre de 2024

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

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 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.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.



528099708880111105

ISS ESCOLARES  
CARLOS PELLEGRINI 385  
L6300DRG SANTA ROSA  
LA PAMPA

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)  
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4  
9 DE JULIO 137  
6300 - SANTA ROSA  
LA PAMPA  
TEL. 423876 FAX. 422124



\* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

## CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
ACCIDENTES PERSONALES	5280-9970888-01	8	37

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
ENDOSO	desde las 00 hs. del 01-10-2024 hasta las 00 hs. del 01-03-2025
ASEGURADO Y/O TOMADOR	ISS ESCOLARES
DOMICILIO	CARLOS PELLEGRINI 385 L6300DRG - SANTA ROSA LA PAMPA

COND. DE IVA	SOLICITUD N°	N° DOC./N° DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO		CT 00-00000510-5	

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	\$ 657.680.000
TIPO ASEGURADOS: ALUMNOS	
CANTIDAD DE ASEGURADOS: 65768	
* COBERTURA: GASTOS ATENC.MEDICO FARMACEUTICA X ACC. Fecha Inicio Vigencia 01-03-2011 Capital asegurado de la cobertura por individuo: \$108.000,00	
* COBERTURA: MUERTE ACCIDENTAL Fecha Inicio Vigencia 01-03-2011 Capital asegurado de la cobertura por individuo: \$1.300.000,00	
* COBERTURA: INCAP.TOTAL Y/O PARCIAL.PERM. X ACCIDENTE Fecha Inicio Vigencia 01-03-2011 Capital asegurado de la cobertura por individuo: \$650.000,00	
Gastos de Producción \$0,00	Gastos de Explotación \$0,00
CUIP: 0501201002000000000000052809970888010000000003717309990760647-100000000000000000000210213	

## COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

1, 2, 36, 37, 5, M, A1010

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
\$					
IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN SANTA ROSA, 27 Septiembre de 2024

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone  
Gerente General

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 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.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.gov.ar.

## ANEXO M

### MEDIOS HABILITADOS DE PAGO

Se deja constancia que, conforme Resolución 429/2000 y modificatorias del Ministerio de Economía, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
  - b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N 21.526.
  - c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N 25.065
  - d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
- Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

\* \* \* \* \*

CLAUSULA 90

Anexo 90:

GASTOS MEDICOS FARMACEUTICOS POR ACCIDENTE:

Dejase constancia que la presente cobertura tiene una franquicia de \$  
6.500,00 a partir del 01/10/2024.-----