



503095421120111105

MINI DE EDUC. DE LA PROV. SANTA FE
DR ILLIA 1153 2°
3000 SANTA FE
SANTA FE

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
PRES CARLOS PELLEGRINI 959
9000 - COMODORO RIVADAVIA
CHUBUT
TEL. 4463231 FAX. 4463231



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

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
ACCIDENTES PERSONALES	5030-9542112-01	1	0

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
EMISION	desde las 00 hs. del 14-11-2024 hasta las 00 hs. del 14-11-2025
ASEGURADO Y/O TOMADOR	MINI DE EDUC. DE LA PROV. SANTA FE
DOMICILIO	DR ILLIA 1153 2° 3000 SANTA FE

COND. DE IVA	SOLICITUD N°	N° DOC./N° DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO	CT 30-99907903-9		14-11-2024

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	\$ 327.685.410.000

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

Caracter de la póliza: NO CONTRIBUTIVA

Tipo de Tarificación: GLOBAL

Cantidad de asegurados : 840.219

Porcentaje de Adhesión : 100,00%

Frecuencia de Facturación: Anual Cantidad de cuotas: 12 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: NO

EDAD MINIMA DE INGRESO : 45 días

EDAD MAXIMA DE INGRESO : 69 años inclusive

EDAD MAXIMA DE PERMANENCIA: Hasta cumplir los 70 años

Nivel Educativo ALUMNOS DE INICIAL, PRIMARIA Y SECUNDARIA

COND. ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

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

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISION	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACION
\$	69.671.816,52				
IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BASICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
5352.716,82	173.673,26				85.198.206,60

LUGAR Y FECHA DE EMISION COMODORO RIVADAVIA, 15 Noviembre de 2024

Quando 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

1 de 2

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 0800-866-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.



503095421120111105

MINI DE EDUC. DE LA PROV. SANTA FE
DR ILLIA 1153 2°
3000 SANTA FE
SANTA FE

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
PRES CARLOS PELLEGRINI 959
9000 - COMODORO RIVADAVIA
CHUBUT
TEL. 4463231 FAX. 4463231



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

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
ACCI DENTES PERSONALES	5030-9542112-01	1	0

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
EMISION	desde las 00 hs. del 14-11-2024 hasta las 00 hs. del 14-11-2025
ASEGURADO Y/O TOMADOR	MINI DE EDUC. DE LA PROV. SANTA FE
DOMICILIO	DR ILLIA 1153 2° 3000 SANTA FE

COND. DE IVA	SOLICITUD N°	N° DOC./N° DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
EXENTO		CT 30-99907903-9	14-11-2024

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA INICIAL
	\$ 327.685.410.000
TIPO ASEGURADOS: TITULARES	
CANTIDAD DE ASEGURADOS: 840219	
* COBERTURA: GASTOS ATENC.MEDICO FARMACEUTICA X ACC. Fecha Inicio Vigencia 14-11-2024 Capital asegurado de la cobertura por individuo: \$390.000,00	
* COBERTURA: MUERTE ACCIDENTAL Fecha Inicio Vigencia 14-11-2024 Capital asegurado de la cobertura por individuo: \$390.000,00	
* COBERTURA: INCAP.TOTAL Y/O PARCIAL.PERM. X ACCIDENTE Fecha Inicio Vigencia 14-11-2024 Capital asegurado de la cobertura por individuo: \$390.000,00	
Gastos de Producción	\$0,00
Gastos de Explotación	\$21.966.194,84

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

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

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISION	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACION
\$	69.671.816,52				
IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BASICO	IVA ADICIONAL	PREMIO
5352.716,82	173.673,26				85.198.206,60

LUGAR Y FECHA DE EMISION COMODORO RIVADAVIA, 15 Noviembre 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

2 de 2

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.gob.ar.