Allianz

de Póliza 240230740601 **Endoso Número** -.- **Fecha Emisión** 15/05/2024

Datos del Contratante / Tomador:

Tipo y N° Doc CUIT 30715859951 Condición I.V.A. EXENTO

Nombre y Apellido CONSORCIO DE PROPIETARIOS EDIFICIO Fecha de Nac. -.-

Domicilio AGUSTIN JOSE DONADO 1961

CP 1430 Localidad CAPITAL FEDERAL Provincia

Tomador

Datos del Productor:

Nombre y Apellido JALLES, VICTOR CARLOS

Número de Matrícula 2618 Teléfono -.-

Datos del Contrato:

Vigencia: desde las 12 hs. del 06/05/2024 hasta las 12 hs. del 06/05/2025

Moneda del contrato	**DOLARES**	Tea %	0,00
Prima de riesgo	1.154,13	Recargo Financiero	0,00
Gastos de explotación	837,79	Imp/Tasas	772,33
Gastos de adquisición	746,86	Sellos	27,39
Prima	**2.738,78**	**Premio**	**3.538,50**

Detalle de percepción de II.BB:

Provincia	Nro. Inscrip.	Cond	Prima	Subtotal	Imp. Ret.	Tasa
CAPITAL FEDERAL	-	C.LO	2738.77	2738.77	164.33	6,00

Plan de pago:

Cuota	Vencimiento	Importe	Cuota	Vencimiento	Importe
1	14/06/2024	321,60	7	14/12/2024	321,69
2	14/07/2024	321,69	8	14/01/2025	321,69
3	14/08/2024	321,69	9	14/02/2025	321,69
4	14/09/2024	321,69	10	14/03/2025	321,69

Allianz

INTEGRAL PARA CONSORCIOS DE COPROPIETARIOS

ASEGURADO: CONSORCIO DE PROPIETARIOS EDIFICIO DONADO NUMEROS

DOMICILIO: AGUSTIN JOSE DONADO 1961
CODIGO POSTAL: 1430 LOCALIDAD: CAPITAL FEDERAL
PROVINCIA:

POLIZA N°
240230740601

PRODUCTOR ASESOR: JALLES, VICTOR CARLOS MATRICULA: 2618

Entre **Allianz Argentina Compañia de Seguros S.A.**, en adelante "el Asegurador", y "el Asegurado", "Tomador" o "Contratante" que más arriba se indica, convienen en celebrar el presente contrato de seguro, mediante el cual el Asegurador indemnizará daños o pérdidas generados por las causas y circunstancias que se detallen en las Condiciones Generales, Específicas, Especiales, Cláusulas Particulares N° 1, 2 y las mencionadas en las Cláusulas Particulares.
Las partes contratantes, se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418, y de la Ley N° 20.091, las que rigen en integridad para el presente contrato con las modalidades convenidas por las partes y establecidas en esta poliza.

RENUEVA PÓLIZA NRO. 240230740215

VIGENCIA: Desde las cero horas del: 06/05/2024 Hasta las cero horas del: 06/05/2025
MONEDA DEL CONTRATO: DOLARES VENCIMIENTO DEL PLAZO PARA PAGO: 14/06/2024

PRIMA	REC. ADM.	REC. FCIERO.	TEA %	DER. EMISION	IMP/TASAS	SELLOS
2.738,78	0,00	0,00	0,00	0,00	772,33	27,39

PRIMA DE RIESGO	GTOS. EXPLOTACION	CUIT	GTOS. ADQUISICION	PREMIO
1.154,13	837,79	30715859951	746,86	3.538,50

CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
CLASE DE RIESGO: CONSORCIO, FAMILIAS Y/U OFICINAS	
UBICACIÓN: DONADO 1961 - CAPITAL FEDERAL	
RESPONSABILIDAD CIVIL COMPRENSIVA:	
COBERTURA BASEFRANQUICIA NORMAL A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	236.000,00
Condición Específica: 2309	
Cláusulas Particulares: 128, 220, 323, 386, 930, 931, 933, 950, 951, 954, 3141, 3149, 3151, 3156, 3160, 3163, 3164, 3166, 5407, 5410, 5411	
INCENDIO:	
CONTENIDO GENERAL EN PARTES COMUNESBASICA CON HVCT Y GRANIZO A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	59.900,00
EDIFICIOBASICA CON HURACAN, VENDAVAL, CICLON Y/O TORNADO, GRANIZO A PRORRATA	11.765.705,00
GASTOS EXTRAORDINARIOS A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	45.532,00

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación según proveído nro. 108065 del 14/08/2008, proveído nro. 110391 del 17/09/2009 y proveído nro. 114513 del 24/06/2011

Aníbal Racich
Director Técnico

Buenos Aires 15 de mayo de 2024

Allianz Argentina Cía de Seguros S.A.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

"Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, 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. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al publico de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono (011-43209045). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web (www.allianz. 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 laSuperintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar."

Avda. Corrientes 299 - C1043AAC - Capital Federal - Tel.: 4320-3800 - Fax.: (5411) 4320-3802

Allianz

INTEGRAL PARA CONSORCIOS DE COPROPIETARIOS

ASEGURADO: CONSORCIO DE PROPIETARIOS OLAZABAL 5076

DOMICILIO: AVDA FELIX DE OLAZABAL 5076
CODIGO POSTAL: 1431 LOCALIDAD: CAPITAL FEDERAL
PROVINCIA:

POLIZA N°
240230740215

PRODUCTOR ASESOR: M4664 - JALLES, VICTOR MATRICULA: 2618

Entre **Allianz Argentina Compañía de Seguros S.A.**, en adelante "el Asegurador", y "el Asegurado", "Tomador" o "Contratante" que más arriba se indica, convienen en celebrar el presente contrato de seguro, mediante el cual el Asegurador indemnizará daños o pérdidas generados por las causas y circunstancias que se detallen en las Condiciones Generales, Específicas, Especiales, Cláusulas Particulares Nº 1, 2 y las mencionadas en las Cláusulas Particulares.
Las partes contratantes, se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418, y de la Ley N° 20.091, las que rigen en integridad para el presente contrato con las modalidades convenidas por las partes y establecidas en esta poliza.

VIGENCIA: Desde las cero horas del: 06/05/2024 Hasta las cero horas del: 06/05/2025
MONEDA DEL CONTRATO: DOLARES VENCIMIENTO DEL PLAZO PARA PAGO: 23/05/2024

PRIMA	REC. ADM.	REC. FCIERO.	TEA %	DER. EMISION	IMP/TASAS	SELLOS
2.738,78	0,00	136,94	13,90	0,00	638,41	28,76

PRIMA DE RIESGO	GTOS. EXPLOTACION	CUIT	GTOS. ADQUISICION	PREMIO
1.917,15	0,00	30547666530	821,63	3.542,89

CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
CLASE DE RIESGO: CONSORCIO, FAMILIAS Y/U OFICINAS	
UBICACIÓN: DONADO 1961 - CAPITAL FEDERAL	
RESPONSABILIDAD CIVIL COMPRENSIVA:	
COBERTURA BASEFRANQUICIA NORMAL A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	236.000,00
Condición Específica: 2309	
Cláusulas Particulares: 128, 220, 323, 386, 930, 931, 933, 950, 951, 954, 3141, 3149, 3151, 3156, 3160, 3163, 3164, 3166, 5407, 5410, 5411	
INCENDIO:	
CONTENIDO GENERAL EN PARTES COMUNESBASICA CON HVCT Y GRANIZO A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	59.900,00
EDIFICIOBASICA CON HURACAN, VENDAVAL, CICLON Y/O TORNADO, GRANIZO A PRORRATA	11.765.705,00
GASTOS EXTRAORDINARIOS A PRIMER RIESGO ABSOLUTO	45.532,00

Aníbal Racich
Director Técnico

Buenos Aires 9 de mayo de 2024

Allianz Argentina Cía de Seguros S.A.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

"Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, 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. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al publico de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono (011-43209045). Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web (www.allianz. com.ar).
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido estimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con laSuperintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar."

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación según proveído nro. 108065 del 14/08/2003 proveído nro. 110391 del 17/09/2009 y proveído nro. 114513 del 24/06/2011.

CamScanner

HOLANDO
— SEGUROS —

Buenos Aires, 23/04/2024

C.U.I.T. 33-50003806-9 - CAJA JUB.COM.Y ACT.CIV. 50003806 - I.V.A. RESP. INSCRIPTO - IMP. INTERNOS RESPONSABLE - ING. BRUTOS 901-913470-3

Señores			Clave para pagos electrónicos
CONS. DONADO 1971			**Banelco 7435906** **Link 282 - 7435906**
Domicilio		Localidad	
DONADO N° 1971		**CP 1430 - C.A.B.A.**	
I.V.A.	"A"	Documento	
RESP.INSC.(GRAN CON)		**C.U.I.T: 30-71585995-1**	

Sección	Póliza	Endoso	Cía. Piloto
Vida Colectivos	**27669.6**	**4.0**	

Detalle	Vigencia del Contrato CA - CO 6.1		Período Facturado CA - CO 7.1	
	Desde las 12 hs. del	Hasta las 12 hs. del	Desde las 12 hs. del	Hasta las 12 hs. del
ACT.SUMA SEMESTRAL			**01/05/2024**	**01/11/2024**

Suma asegurada	Valor de Referencia
$ 10,397,265.00	**- - - -**

Prima
$ 47,063.13
Subtotal
$ 47,063.13
Tasas e Impuestos
$ 282.38
Subtotal
$ 47,345.51

Premio Total
$ 47,345.51

FACTURA

Nro. Identificatorio ante organismos fiscales y cobro en debito automático: **242300008455**

Forma de pago

Cuota Nº	Fec. Vto.	Importe
1	25/05/2024	7,890.92
2	25/06/2024	7,890.92
3	25/07/2024	7,890.92
4	25/08/2024	7,890.92
5	25/09/2024	7,890.92
6	25/10/2024	7,890.91

ADVERTENCIA: ver clausula de cobranza del premio en las condiciones generales de la Poliza. La cobertura de la poliza quedara automaticamente suspendida desde la HORA 24 DEL DIA DE VENCIMIENTO IMPAGO.
ADEMAS SE RECUERDA que para el caso de efectuarse pagos parciales, dichos pagos seran imputados a cancelar la obligación o las obligaciones cuyo vencimiento hubiese operado primero en el tiempo y la suspensión de la cobertura no cesara hasta tanto se encuentren integramente canceladas todas las obligaciones vencidas. La entrega de cheques para abonar el premio no implica cumplir con el pago en termino. Recien se tendra por efectuado el pago del importe indicado en el cheque, a partir del momento de la efectiva acreditacion de dichos valores.

Esta factura será debitada de su CBU xxxxxxxxxxxxxxxxx6022

IMPORTANTE: Lea al dorso de esta factura
y elija para su comodidad el medio de pago que mas le convenga.

Sección: Vida Colectivos **Póliza: 27669.6**
Contratante: CONS. DONADO 1971 -7435906
Productor: CMD Y ASOCIADOS SRL -0224/0095246

Novedades a la Nómina
Al 25/04/2024

Endoso 40 **Motivo Aumentos** **Vigencia 01/05/2024 - 01/11/2024**
Moneda Pesos

Certificado	Apellido y Nombre	CUIL / Docum.	Fec. Nacim.	Edad			Suma Aseg.	Premio
1	ZOTELO AMARILLA AUGUSTO AMERICO	D.N.I.: 95.237.985		42	01/01/2018	7	5,250,102.00	23,907.13
2	BALBUENA SILVERO MARIO	D.N.I.: 95.014.044		38	01/01/2018	7	5,147,163.00	23,438.38

Sección: Vida Colectivos **Póliza: 27669.6**
Contratante: CONS. DONADO 1971 -7435906
Productor: CMD Y ASOCIADOS SRL -0224/0095246
Moneda: Pesos

Nómina Vigente del Personal Asegurado
Al 01/11/2023

Certif.	Apellido y Nombre	CUIL / Docum.	Fec. Nacim.	Edad			Suma Aseg.	Premio
1	ZOTELO AMARILLA AUGUSTO AMERICO	D.N.I.: 95.237.985		42	01/01/2018	7	5,250,102	75,598.27
2	BALBUENA SILVERO MARIO	D.N.I.: 95.014.044		38	01/01/2018	7	5,147,163	74,116.00

MUY IMPORTANTE: Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza todos aquellos empleados en relación de dependencia con el Contratante que se encuentren en servicio activo en dicha fecha. Los empleados del Contratante que a la fecha de emisión de esta póliza no se encuentren en servicio activo serán asegurables a partir del dia primero del mes siguiente a aquel en que reanuden su trabajo. Los empleados que en lo futuro entren al servicio del Contratante, serán asegurables a partir del dia primero del mes siguiente a la fecha en que cumplan 0 meses de servicio activo y continuo. Los empleados que reingresen al servicio del Contratante podrán eximirse del plazo de espera siempre que presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañia y paguen los gastos necesarios para obtenerlas.
Se entiende por servicio activo el desempeño normal de tareas al servicio del Contratante por las personas que figuran en la lista del personal activo, sin prejuicio de que en los casos que indica el art.12, inc.4) la suspensión del trabajo o la terminación del empleo no implique la cancelación del seguro (art.2: PERSONAS ASEGURABLES - Condiciones generales). La suma con que está cubierto cada asegurado se ajustará a la escala que se consigna en el cuadro Capitales Asegurados Individuales. El Contratante deberá comunicar de inmediato a la Compañia todo aumento o disminución de cualquier capital asegurado, resultante de la aplicación de la mencionada escala. La modificación regirá a partir de las 12 horas del día 1ro del mes siguiente al de la fecha de la comunicaciÃ'n por parte del Contratante y siempre que el asegurado se encuentre en servicio activo al iniciarse la modificación. Cuando el asegurado no se halle en servicio activo, la modificación regirá desde las 0 horas del dia 1ro del mes siguiente al de su reincorporación al mismo (art.6: ESCALA DE CAPITALES ASEGURADOS - Condiciones generales). Requisitos de Asegurabilidad y actualización: Queda entendido y convenido que el requisito de servicio activo a que se refiere el artículo 2 de las Condiciones Generales, será exigido no solamente para ingresar al Seguro de Vida Colectivo, sino también para que pueda operarse cualquier aumento o actualización de la suma asegurada por ampliación de lo establecido en el artículo 6 o en cualquier endoso modificatorio de este, debiendo entenderse por servicio activo el desempeño normal y habitual de tareas al servicio del Contratante. Este requisito de asegurabilidad condiciona la validez del Seguro sobre la respectiva vida asegurada, como también la de cualquier aumento o actualización de suma. En consecuencia, cualquier ingreso, aumento o actualización, que no cumpla con este requisito, será nulo y sin ningún valor. Los que por cualquier motivo se encuentren ausentes de su trabajo, ya sea por enfermedad, vacaciones anuales, licencias, etc., solo podrán ingresar al Seguro o beneficiarse con el aumento o actualización, después de producida su reincorporación al servicio activo, debiendo solicitarlo dentro de los 30 días de haberse hecho efectiva dicha reincorporación. Edades límites: * Máxima de ingreso al seguro: 74 años de edad inclusive. * Máxima de cobertura por Invalidez Total y Permanente: el Asegurado permanecerá cubierto por este beneficio hasta los 64 años de edad inclusive. Una vez cumplidos los 65 años, el Asegurado quedará cubierto solo por muerte hasta alcanzar la edad máxima de permanencia en el seguro.* Máxima de cobertura por fallecimiento y permanencia en el seguro: el Asegurado permanecerá cubierto por este beneficio hasta los 79 años inclusive. Cumplidos los 80 años cesara su calidad de asegurado.
Léase las Condiciones Particulares, Condiciones Generales, Clausulas adicionales y Suplementos anexos al contrato de seguro.

TOTALES

Certificados: 2 **Capital Asegurado: 10,397,265** **Premio: 149,714.27** **Redondeo: 0.00**

0224/0095246

Lugar y fecha **Firma del Contratante**