

DATOS DEL PRODUCTOR/ASESOR:

NOMBRE Y APELLIDO

NRO. DE CÓDIGO

DATOS DE LA COMPAÑÍA

DENOMINACIÓN DEL ADMINISTRADOR

CUIT

VOLUMEN ANUAL DE EXPENSAS

POR FAVOR PROPORCIONE UN LISTADO DE LOS CONSORCIOS QUE ACTUALMENTE SON ADMINISTRADOS, DE SER NECESARIO UTILICE EL ANEXO:

Aclaraciones:

- Los que se agreguen a futuro serán incorporados automáticamente sin necesidad de declaración por parte del Asegurado hasta la renovación del seguro.
- Las bajas de consorcios no generarán devolución alguna de prima.
- No tendrán cobertura los consorcios no declarados y cuya vinculación contractual con el Asegurado sea con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza.

ALTERNATIVAS DE CONTRATACIÓN

SUMA ASEGURADA	VOLUMEN DE EXPENSAS ANUAL		
	Hasta \$ 50.000.000	Entre \$ 50.000.001 y \$ 100.000.000	Hasta \$ 300.000.000
	PREMIO ANUAL SIN IMPUESTOS 10 CUOTAS (NO INCLUYE IVA, SELLADOS E IIBB)		
\$ 1.000.000	<input type="checkbox"/> \$ 24.673	<input type="checkbox"/> \$ 31.295	<input type="checkbox"/> \$ 34.968
\$ 1.500.000	<input type="checkbox"/> \$ 30.476	<input type="checkbox"/> \$ 38.861	<input type="checkbox"/> \$ 43.028
\$ 3.000.000	<input type="checkbox"/> \$ 48.226	<input type="checkbox"/> \$ 54.369	<input type="checkbox"/> \$ 70.538
\$ 5.000.000	<input type="checkbox"/> \$ 74.077	<input type="checkbox"/> \$ 83.121	<input type="checkbox"/> \$ 94.740
\$ 10.000.000	<input type="checkbox"/> \$ 117.851	<input type="checkbox"/> \$ 132.322	<input type="checkbox"/> \$ 150.912

Información Adicional: VIGENCIA: Anual / **CUOTAS 10 (DIEZ)** Aclaraciones: Deducible: **\$ 65.000** por evento para todas las alternativas.

MÉTODO DE PAGO:

TÉRMINOS Y CONDICIONES:

- **Periodo Extendido de Denuncia (no automático): 36 meses sin costo.**
NOTA ACLARATORIA: Este período no es de otorgamiento automático sino que deberá ser solicitado dentro de los 30 días de finalizada la vigencia de la póliza o cambio de control o decisión de no renovar la misma.
- Gastos de Defensa incluidos dentro del límite de indemnización (no aplica deducible).
- Retroactividad: Inicio de Vigencia.

Principales Exclusiones

- Lesiones Corporales / Daños Materiales.
- Obligaciones emergentes de la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744, Ley Jubilaciones y Fondos de Pensiones N° 24.241 y Ley de Riesgo de Trabajo N° 25.557, y sus normas complementarias o modificatorias.
- Actos u omisiones dolosas, hechos ilícitos, fraudulentos o deshonestos cometidos por el Asegurado.

- Falla y/o falta y/o inadecuada contratación de seguros y/o hechos, actos o actividades que deban ser objeto de cobertura mediante un seguro obligatorio.

Condiciones de Contratación

La empresa tomadora del presente, sus subsidiarias así como los Asegurados bajo el presente seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Administradores de Consorcios declaran que:

- Todas las Declaraciones realizadas en la presente solicitud son ciertas y exactas.
- El Administrador no estuvo involucrado en los últimos 3 años en ningún litigio alegando errores u omisiones de índole profesional.
- El Administrador no tiene conocimiento de hechos que pueden derivar en un reclamo bajo la póliza contratada.

FECHA:

FIRMA Y ACLARACIÓN:

La presente conformidad del Asegurado forma parte integral de la póliza a emitirse por la Aseguradora y se considera que todos los datos son exactos para la aceptación del riesgo por parte de Berkley International Seguros S.A.; cualquier inexactitud en la información proporcionada por el Asegurado puede dar lugar a la rescisión del contrato de seguros.

Todas las coberturas otorgadas y los beneficios adicionales están sujetos a los términos, condiciones, límites y exclusiones que se establecen en la póliza y/o documentación anexa a la misma. El aseguramiento queda sujeto a las normas de aceptación de riesgos de Berkley International Seguros S.A.

