

TIPO:

**Responsabilidad Civil de Directores y Gerentes (D&O)**

## DATOS DEL TOMADOR

RAZON SOCIAL DEL CONSORCIO

DOMICILIO FISCAL

CUIT

CORREDOR / ASESOR

## ASEGURADO

Miembros del Consejo de Propietarios del Consorcio. El Tomador de la Póliza es el Consorcio.

## VALIDACION DE LA PROPUESTA

La proponente y subsidiarias debe cumplir con todas las siguientes premisas:

- Actividad: Únicamente para Consejos de Consorcios (No para Administradores de Consorcios).
- Es una compañía privada (no cotiza en Bolsa) y está domiciliada en **Argentina**.
- No han tenido ningún reclamo ni tienen conocimiento de algún evento/circunstancia que pudiera terminar razonablemente en un reclamo.

 Se confirma que se cumple con la totalidad de las premisas anteriores: Si:  No: 

En caso de que no se cumpla con lo anterior, los Términos y Condiciones de la presente propuesta no tiene valides. Favor contactar a su Corredor Asesor para realizar solicitud formal de cotización junto con la presentación de Formulario de D&amp;O y Últimos Estados Contables para el análisis de la misma con la Compañía.

## VIGENCIA

12 meses a partir de la fecha de recepción de este documento completo y firmado.

## BASE DE COBERTURA

Reclamaciones Hechas (“Claims Made”)

## COBERTURAS OTORGADAS

Cobertura A: Para Presidente o Miembro del Consejo de Administración del Consorcio:

 La **Aseguradora** indemnizará en nombre de cualquier **Asegurado** aquella **Pérdida Económica** que resulte o sea consecuencia de cualquier **Reclamo** que tenga su origen, se base, o surja de un **Acto Culposos** ocurrido durante la **Vigencia de la Póliza**, o durante el **Período de Retroactividad** siempre que el mismo se encontrare detallado en el Frente de Póliza, como consecuencia directa o con motivo de sus funciones como **Presidente o Miembro del Consejo de Administración del Consorcio**, y que fuera notificada al **Asegurador** por primera vez durante la **Vigencia del Seguro** o el **Período Extendido de Denuncia** previsto en el Frente de Póliza, excepto en los casos en que dicho **Asegurado** fuera indemnizado directamente por la **Compañía**, y hasta el **Límite de Responsabilidad** establecido en el Frente de la Póliza.

Cobertura B: Reembolso para la Compañía:

 La **Aseguradora** reembolsará a la Compañía cualquier indemnización que la **Compañía** esté legalmente obligada a pagar por una **Pérdida Económica** según surja o fuera consecuencia de cualquier **Reclamo** iniciado contra un **Asegurado** como consecuencia o con motivo de sus funciones como **Presidente o Miembro del Consejo de Administración del Consorcio** y que tenga su origen, se base, o surja de un **Acto Culposos** ocurrido durante la **Vigencia de la Póliza**, o durante el **Período de Retroactividad** en caso de corresponder, y notificada al **Asegurador** por primera vez durante la **Vigencia del Seguro** o el **Período Extendido de Denuncia**, y hasta el **Límite de Responsabilidad** establecido en el Frente de Póliza.

## ÁMBITO DE COBERTURA

Argentina, únicamente

## RETROACTIVIDAD

Inicio de vigencia.

## PERIODO AMPLIADO DE DENUNCIA (NO AUTOMÁTICO)

- 36 meses sin costo adicional

*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.*

## DETALLE DE COBERTURA

- Extensión a Conyugue/Concubino, Representantes Legales y Herederos de la persona asegurada.
- Extensión de Directores/Gerentes en Organizaciones sin Fines de Lucro (Tomador).
- Extensión de Reclamos por Prácticas Laborales.
- Extensión de Gastos de Defensa, Conciliaciones y Liquidación en una investigación formal contra los D&Os.
- Extensión de Gastos de Defensa, Conciliaciones y Liquidación en una investigación formal contra la Compañía.
- Extensión de Gastos por fianzas y/o cauciones judiciales.
- Periodo ampliado de denuncia para Directores retirados a 72 meses.  
*NOTA ACLARATORIA: Estos períodos no son de otorgamiento automático sino que deberán ser solicitados dentro de los 30 días de finalizada la vigencia de la póliza o cambio de control o decisión de no renovar la misma y/o de la fecha de retiro del director.*
- Extensión de Período de denuncia y notificación de siniestros a 30 días.

## PRINCIPALES EXCLUSIONES

- Exclusión de Responsabilidad Civil Profesional (E&O).
- Exclusión de ofertas inicial de valores.
- Exclusión de Guerra y Terrorismo.
- Exclusión de reclamos de Accionistas mayoritarios 20%.

## DEDUCIBLES

AR\$ 43.000 por evento para todas las alternativas.

LÍMITE DE INDEMNIZACION EN AR\$	CANTIDAD DE UF POR CONSORCIO		
	HASTA 100 UF	ENTRE 101 Y 200	ENTRE 201 Y 400
	PREMIO ANUAL SIN IMPUESTOS BASE 6 CUOTAS (NO INCLUYE IVA, SELLADOS E IIBB)		
\$ 1.000.000	<input type="checkbox"/> \$ 31.105	<input type="checkbox"/> \$ 40.112	<input type="checkbox"/> \$ 42.966
\$ 1.500.000	<input type="checkbox"/> \$ 38.364	<input type="checkbox"/> \$ 49.742	<input type="checkbox"/> \$ 52.802
\$ 3.000.000	<input type="checkbox"/> \$ 60.564	<input type="checkbox"/> \$ 69.503	<input type="checkbox"/> \$ 86.420
\$ 5.000.000	<input type="checkbox"/> \$ 129.589	<input type="checkbox"/> \$ 148.121	<input type="checkbox"/> \$ 161.925
\$ 10.000.000	<input type="checkbox"/> \$ 247.782	<input type="checkbox"/> \$ 283.362	<input type="checkbox"/> \$ 309.865

**Notas:** Todos los valores son expresados en Pesos argentinos (AR\$). El Límite de Indemnización es “por evento y agregado anual”. A los costos indicados son Premios anuales sin impuestos. Se debe marcar solamente una opción.

## ELEGIR OPCIÓN

Forma de pago: 10cuotas

**Método de pago:** **Nota:** En caso de no informar cantidad de cuotas se tomará por defecto 6 cuotas con recargo.

## CONFIRMACIÓN DE ORDEN EN FIRME

Se otorga la autorización correspondiente a la emisión de la cobertura mediante Póliza de Seguro de acuerdo a los Términos y Condiciones detallados anteriormente confirmando a su vez que las afirmaciones suministradas en este documento son correctas dando la autorización a que el mismo forme parte de la póliza de seguro como condición de cobertura.

FIRMA AUTORIZADA

ACLARACION: CARGO: FECHA: