CAJA DE SEGUROS S.A
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
FITZROY 957
1414 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

FRENTE DE POLIZA – CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	ENDOSO Nº	RENUEVA A
VIDA OBLIGATORIO	40040	73	

Esta compañía, en adelante "el Asegurador" de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza, celebra este contrato de seguro con el Tomador o Asegurado.

CONCEPTO	VIGENCIA
RENOVACION	Desde las 00 hs. del 01/11/2021 Hasta las 00 hs. del 01/11/2022

TOMADOR	GENERAL ELECTRIC INTERNATIONAL INC.SUCURSAL ARGENTINA
ASEGURADO	SEGÚN NÓMINA DE ASEGURADOS
DOMICILIO	DIRECCION: VEDIA AGUSTIN DE 3616 P.7 C.P.(1437) LOCALIDAD: CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES

COND DE IVA	SOLICITUD Nº	TIPO Y Nº DOCUMENTO	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
INSCRIPTO	2016232	CUIT/CUIL 30-60906894-5	01/11/2021

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA
8456673D32F84F886045505540040/73	$0.00

CATEGORIA: 1 UNICA

COBERTURAS DETALLADAS EN EL FRENTE DE POLIZA - CONDICIONES PARTICULARES.

OBSERVACIONES:
Sin Observaciones

CONDICIONES, ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

5

MONEDA	PRIMA	DEREC. DE EMISION	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACION
Pesos	0.00	0.00	0	0.00	0.00

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP IB	IVA BASICO	IVA G.C.	PREMIO
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

MATRICULA	DESCRIPCION	GASTOS DE ADQUISICION	GASTOS DE EXPLOTACION	PRIMA PURA
<MATNUMPRO>	WILLIS TOWERS WATSON ARGENTINA S.A.	0.00	0.00	0.00

LUGAR Y FECHA DE EMISION Capital Federal. 12/10/2021

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 o Endoso (Art. 12 de la Ley de Seguros). Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se consideran indistintamente según corresponda.
ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION SEGÚN .
"Condiciones Particulares" y "Frente de póliza", se refieren a una misma parte de esta póliza y son utilizados como sinónimos, indistintamente.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.
12/10/2021 16:40:22

Jorge Mignone
Gerente General

LA ENTIDAD ASEGURADORA DISPONE DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN A LAS CONSULTAS Y RECLAMOS QUE PRESENTEN LOS TOMADORES DE SEGUROS, ASEGURADOS, BENEFICIARIOS Y/O DERECHOHABIENTES. EN CASO DE NO HABER SIDO RESUELTO EL MISMO O QUE HAYA SIDO DENEGADA SU ADMISIÓN O DESESTIMADO, TOTAL O PARCIALMENTE, PODRÁ ACUDIR AL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA DEL ASEGURADO (D.O.A.A), DEPENDIENTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN. A TAL FIN DEBERÁ DIRIGIRSE A: AV. JULIO A. ROCA 721 (C1067ABQ) CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, EN EL HORARIO DE 10:30 A 17:30 HS. O BIEN COMUNICÁNDOSE TELEFÓNICAMENTE AL 0-800-666-8400 O 4338-4000 (LÍNEAS ROTATIVAS), POR CORREO ELECTRÓNICO A "CONSULTAS Y DENUNCIAS@SSN.GOB.AR O VIA INTERNET A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN: WWW.SSN.GOB.AR. A TRAVÉS DE LAS MENCIONADAS VÍAS DE COMUNICACIÓN PODRÁ SOLICITAR A SU VEZ INFORMACIÓN CON RELACIÓN A LA ENTIDAD ASEGURADORA.
LA PRESENTE PÓLIZA SE SUSCRIBE MEDIANTE FIRMA FACSIMILAR CONFORME LO PREVISTO EN EL PUNTO 7.8. DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.
EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES TIENE LA FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A LOS MISMOS EN FORMA GRATUITA A INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE SE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO CONFORME LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 14, INCISO 3 DEL LA LEY Nº 25.326
LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY Nº 25.326, TIENE LA ATRIBUCIÓN DE ATENDER LAS DENUNCIAS Y RECLAMOS QUE SE INTERPONGAN CON RELACIÓN AL INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

CAJA DE SEGUROS S.A
C.U.I.T 30-66320562-1 ING. BRUTOS 901-157582-4
FITZROY 957
1414 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

FRENTE DE POLIZA
CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	ENDOSO Nº	CONCEPTO	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	40040	73	RENOVACION	Desde las 00 hs. del 01/11/2021 Hasta las 00 hs. del 01/11/2022

En consideración a las declaraciones suscriptas por el Contratante, a las constancias de las solicitudes de sus empleados asegurados (en adelante denominados los asegurados) y al pago de las primas que más abajo se estipulan, CAJA DE SEGUROS S.A., con domicilio en Fitz Roy 957 – Ciudad autónoma de Buenos Aires, de acuerdo con las Condiciones Generales de esta Póliza, que figuran en las páginas siguientes, se obliga a pagar en su Oficina Central en la Ciudad de Buenos Aires, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de fallecimiento de cualquier asegurado, la suma correspondiente al seguro respectivo, de conformidad con los Artículos No. 5°y 15°.
El contratante asume la obligación de pagar la prima MENSUAL inicial como también las primas sucesivas, sujetas a las variaciones previstas por el Art. 7° de las Condiciones Generales.

La fecha de inicio de vigencia está sujeta al pago total o parcial del premio.

CATEGORIA: 1 UNICA

TITULARES: COBERTURA: MUERTE POR CUALQUIER CAUSA
- CAP. UNIFORME: $118,800.00
CARENCIA:

ADECUACION CONTRATO SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO
DECRETO LEY 1567 / 74 - A LA RESOLUCION Nº 35333 CIRCULAR N° 2572
SSN TEC 137 (21 / 09 / 2010) DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

EL IMPORTE DEL PREMIO MENSUAL SURGIRÁ AUTOMATICAMENTE DEL APLICATIVO DEL FORMULARIO 931 DE LA AFIP (DDJJ LIQUIDACION Y APORTES PREVISIONALES DE CADA TRABAJADOR) A RAZON DEL 0, 205 / 1000 POR CADA $ 1.000. - DE SUMA ASEGURADA

ADVERTENCIA
CONJUNTAMENTE CON EL IMPORTE LIQUIDADO DEBERA INGRESAR CON LA PRIMER CUOTA MENSUAL EL IMPORTE DEL DERECHO DE EMISION DETALLADO

DERECHO DE EMISION $25.00

NUEVO CLAUSULADO CONFORME RESOLUCION N° 35333 DE LA S.S.N.

CAJA DE SEGUROS S.A
C.U.I.T 30-66320562-1 ING. BRUTOS 901-157582-4
FITZROY 957
1414 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

FRENTE DE POLIZA
CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA Nº	ENDOSO Nº	CONCEPTO	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	40040	73	RENOVACION	Desde las 00 hs. del 01/11/2021 Hasta las 00 hs. del 01/11/2022

CAJA DE SEGUROS S.A
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
FITZROY 957
1414 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS

SECCION	POLIZA Nº	ENDOSO Nº	CONCEPTO	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	40040	73	RENOVACION	Desde las 00 hs. del 01/11/2021 Hasta las 00 hs. del 01/11/2022

REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO
DECRETO N° 1567/74
CAPÍTULO I

DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

Artículo 1°. OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 1567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia, cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Único de la Seguridad Social.

Artículo 2°. EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600;
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Artículo 3°. PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo. Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un Empleador, sólo tendrán derecho a una sola prestación del seguro. La contratación del seguro queda a cargo y es obligación del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

Artículo 4°. CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (SSN).

Artículo 5°. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACIÓN DE CAPITAL ASEGURADO -AJUSTE DE PRIMAS
El costo del seguro estará a cargo del empleador.
La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.
Prima
La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma asegurada
La suma asegurada será equivalente a la de 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles (SMVM). Dicha suma se ajustará anualmente conforme al último SMVM publicado al mes de diciembre de cada año. La suma asegurada que resulte de la actualización anual entrará en vigencia a partir del 1° de marzo del año siguiente. La SSN comunicará anualmente con la suficiente antelación la misma, tanto a las Entidades Aseguradoras autorizadas para su correcta emisión y endosos de pólizas que correspondan, como así también a la Administración Federal de Ingresos Públicos para la actualización del valor mensual de la prima individual en el sistema de declaración jurada (F.931) que utilizan los empleadores para el pago correspondiente de primas.

Artículo 6°. AUTORIZACIÓN PARA OPERAR EN LA COBERTURA
Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74", que lleva la SSN. En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio. A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informará la fecha y el número de Resolución de SSN que la autoriza a operar en la Rama Vida.

Artículo 7°. SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN DE LA PÓLIZA - NÓMINA DEL PERSONAL ASEGURADO
Solicitud del Seguro
Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:
a) Copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", ambos a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP);
b) Constancia de baja de la cobertura correspondiente al período anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay en caso de corresponder, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período. A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación". Cuando el tomador empleador - contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Única de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de

CAJA DE SEGUROS S.A
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
FITZROY 957
1414 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS

SECCION	POLIZA Nº	ENDOSO Nº	CONCEPTO	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	40040	73	RENOVACION	Desde las 00 hs. del 01/11/2021 Hasta las 00 hs. del 01/11/2022

la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener esta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.

Emisión y entrega de Póliza - Fecha de inicio de vigencia

Las aseguradoras emitirán las pólizas en donde la fecha de inicio de vigencia sea coincidente con el primer día del mes calendario. Esto también es aplicable a las renovaciones.

Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los QUINCE (15) días de celebrado el contrato.

Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74" y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC).

No obstante lo indicado precedentemente, los datos de las pólizas emitidas deberán exhibirse a través de la página web de la compañía a fin de que los empleadores-tomadores accedan de manera ágil y rápida a los mismos.

A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique:

a) Aseguradora donde se encuentre vigente la cobertura, domicilio, teléfonos y dirección electrónica;

b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo i) del presente;

c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SSN, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica.

El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo un tamaño de SESENTA CENTÍMETROS (60 cm.) de alto por CUARENTA y CINCO CENTÍMETROS (45 cm.) de ancho.

Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos UN (1) afiche por cada establecimiento.

La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores - tomadores del seguro, quienes expondrán al menos UNO (1) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores. Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción. Es de exclusiva responsabilidad del empleador-tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

Artículo 8°. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios. La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación, a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los QUINCE (15) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios", que como Anexo ii) forma parte del presente. En el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que le proporcionará el empleador, el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.

En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241.

A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.

El comprobante de Incorporación al seguro y de Designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.

El Original y Duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.

El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente Artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

Articulo 9°. VIGENCIA - PERÍODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD TRASPASO DE ASEGURADORA

Únicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá TREINTA (30) días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha. Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora CERO (O) del trigésimo primer día posterior a la solicitud del seguro.

Las aseguradoras al emitir las pólizas correspondientes por inicio de actividades de los empleadores, deberán tomar en consideración lo establecido en el Artículo 7° del presente Anexo.

En el caso en que el tomador hubiera contratado la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 en una entidad aseguradora y:

a) Resolviera contratarla con otra, existiendo continuidad asegurativa, no le alcanza el plazo de carencia mencionado en el presente artículo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los Artículos 7°y 8° del presente Reglamento.

CAJA DE SEGUROS S.A
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
FITZROY 957
1414 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS

SECCION	POLIZA Nº	ENDOSO Nº	CONCEPTO	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	40040	73	RENOVACION	Desde las 00 hs. del 01/11/2021 Hasta las 00 hs. del 01/11/2022

b) Durante la vigencia de la misma, decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del día primero del mes calendario siguiente a la baja de la anterior cobertura.
Para emitir la póliza, la nueva entidad aseguradora deberá exigir al tomador- empleador una constancia de baja de cobertura, emitida por la anterior aseguradora desde el Sistema Kausay, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo periodo.
La responsabilidad del asegurador comienza a la hora CERO (O) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a las VEINTICUATRO (24) horas del último día de vigencia estipulado.

Artículo 10°. DERECHO DE EMISIÓN, GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCIÓN DE TASA UNIFORME
El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:
Hasta VEINTICINCO (25) asegurados PESOS DOCE ($12). Entre VEINTISEIS (26) y CINCUENTA (50) asegurados PESOS DIECISIETE ($17). Más de CINCUENTA (50)´asegurados PESOS VEINTICINCO ($25).
El tomador-empleador, cuando corresponda, declarará y abonará el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS.
De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un VEINTIDÓS CON SETENTA POR CIENTO (22,70%), para atender los gastos de administración de esta cobertura. Las entidades aseguradoras podrán reconocer a los productores asesores de seguros una participación de los fondos provenientes de los gastos de administración. La liquidación de las participaciones será efectuada por las entidades aseguradoras. Atento a la naturaleza particular del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del Artículo 81 de la Ley N° 20.091.

Artículo 11°. PAGO DEL PREMIO
El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador-empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en consideración el valor del premio vigente, a partir de lo establecido en el Artículo 2° y lo determinado en el Artículo 6° de la Resolución SSN N° 35.333 del 16 de septiembre de 2010 y sus modificatorias.
Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con SUSS, con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el Artículo 1° de la Ley N° 26.844, las que serán abonadas directamente a las aseguradoras. A tal efecto la AFIP queda facultada para dictar las normas operativas que resulten necesarias.
La AFIP establecerá los mecanismos para la distribución de los fondos a las respectivas aseguradoras.
En el caso de fallecimiento de un trabajador no incluido en la nómina de personal del tomador se actuará conforme a lo dispuesto en el Artículo 18 del presente reglamento. Si el empleador determinara e ingresara el monto del premio, sin haber contratado una póliza con una aseguradora o la relación aseguradora-CUIT sea errónea o esté fuera de vigencia, no implicará cobertura automática en dicho seguro. En dichos supuestos la AFIP direccionará los montos y la información a la SSN.
Regularizados los supuestos antes mencionados, los futuros pagos que efectúen serán transferidos por la AFIP a las entidades aseguradoras que correspondan conforme el procedimiento establecido en el Artículo 12 del presente anexo.

Artículo 12°. DISTRIBUCIÓN DE RECAUDACIÓN
12.1. Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la AFIP serán transferidos a las aseguradoras a las cuentas bancarias que éstas establezcan. A tal efecto, las aseguradoras, a través de una nota firmada por personal de la entidad autorizado a tal fin, deberán informar a la SSN los datos correspondientes a la cuenta bancaria del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la
recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN N° 2434 del 6 de mayo de 2010.
La mencionada nota deberá contener como mínimo los siguientes datos: titular de la cuenta bancaria, número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal y clave bancaria universal, debiendo ser acompañada de una certificación emitida por la entidad bancaria en la que conste que la misma está libre de inhibiciones y embargos.
Las aseguradoras que en el futuro comiencen a operar en este Seguro, deberán dar cumplimiento a lo establecido en el presente Artículo antes de iniciar la comercialización del mencionado seguro.
12.2. La AFIP transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta SSN, el que será confeccionado en base a los datos que las entidades envían al Sistema Informático Kausay y el cual contendrá los datos necesarios para poder proceder a la correcta distribución de los conceptos recaudados por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
12.3. La AFIP informará en forma diaria a las aseguradoras diversa información respecto de la determinación del pago, las nóminas y los importes acreditados en las Cuentas Bancarias por ellas informadas, mediante la utilización de transferencia electrónica, los que contendrán los siguientes datos:

CAJA DE SEGUROS S.A
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
FITZROY 957
1414 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS

SECCION	POLIZA Nº	ENDOSO Nº	CONCEPTO	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	40040	73	RENOVACION	Desde las 00 hs. del 01/11/2021 Hasta las 00 hs. del 01/11/2022

1) CUIC - Clave única de identificación de contratos;
2) CUIT del tomador-empleador;
3) Período declarado;
4) Identificación de las CUIL declaradas;
5) Fecha en que pagó el tomador-empleador;
6) Importe total depositado por el tomador-empleador discriminado por prima y derecho de emisión;
7) Fecha de procesamiento;
8) Fecha de transferencia a la Cuenta Bancaria de la Aseguradora;

9) Importe acreditado en la Cuenta Bancaria;

12.4. Cuando la Aseguradora detecte diferencias entre lo informado por la AFIP en los archivos publicados de respaldo y la información provista por los empleadores podrá requerir un análisis de las mismas. A tal fin deberá presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual realiza la consulta, y el/los periodo/s fiscal/es con diferencia, adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s. La nota deberá ser dirigida a la División Usuarios de la Seguridad Social y presentarla personalmente en Balcarce 167 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo, o enviarla por correo postal.
Si se diera el caso que la consulta no está relacionada con diferencias entre lo pagado y lo transferido, no será necesaria la presentación de la copia del comprobante de pago. Una vez iniciado el análisis de lo requerido, la AFIP podrá solicitar a la Aseguradora la presentación de documentación adicional que coadyuve a obtener el resultado del mismo.
12.5. Cuando los empleadores o las Aseguradoras verifiquen que los fondos de los pagos efectuados fueron derivados por la AFIP a la SSN, podrán requerir la devolución de los mismos. A tal fin deberán presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la empresa (empleador) o de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los periodo/s fiscal/es, sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo.
La nota deberá ser dirigida a la Gerencia Administrativa de la SSN - Sector SCVO y presentarla personalmente o a través de correo postal en la Avda. Julio A. Roca 721 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.

Artículo 13°. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISIÓN
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador-empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la seguridad social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de TREINTA (30) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura se reanudará a partir de la hora CERO (O) del día siguiente al ingreso de la prima. La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los SESENTA (60) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la rescisión automática del contrato. La suspensión del seguro, .o su rescisión por falta de pago del premio, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio. Los pagos efectuados por los tomadores-empleadores una vez vencido el plazo de suspensión y estando la póliza rescindida, no dará derecho a rehabilitar la misma.

Artículo 14°. COMUNICACIÓN DE ALTAS y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere. La aseguradora, sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la AFIP, tendrá derecho a exigir al tomador la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.
Para el caso que el tomador-empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social, las altas y bajas deben ser comunicadas mensualmente a la aseguradora. A fin de mantener vigente la cobertura, el tomador-empleador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11 del presente reglamento.

Artículo 15°. LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO
La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado. Si por cualquier causa la designación deviniera ineficaz o quedase sin efecto, se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente, según lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8°.
En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:

CAJA DE SEGUROS S.A
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
FITZROY 957
1414 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS

SECCION	POLIZA Nº	ENDOSO Nº	CONCEPTO	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	40040	73	RENOVACION	Desde las 00 hs. del 01/11/2021 Hasta las 00 hs. del 01/11/2022

1) Partida de Defunción del Asegurado;
2) Constancia de CUIL del trabajador;
3) Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento;
4) Constancia de pago del premio;
5) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final;
6) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido;
7) Formulario de Designación de Beneficiarios;
8) En caso de no existir designación de beneficiarios o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta emitida. por la ANSeS o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido;
9) Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación:
a) Ellos beneficiario/s: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, y declaración del último domicilio real;
b) Derechohabientes;
b.1) El/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a SEIS (6) meses de su presentación para la liquidación del siniestro.
b.2) El/la conviviente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; Información Sumaria Judicial y Declaración de Derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES);
b.3) Hijos/as: fotocopia del Documento Nacional de Identidad y partida de nacimiento legalizada y de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal conforme lo dispuesto en el Artículo 101 del Código Civil y Comercial de la Nación.
Completada la documentación, suministrada por el empleador, beneficiarios y/o derechohabientes, la indemnización deberá abonarse dentro de los QUINCE (15) días siguientes. En ningún caso la aseguradora será responsable del pago del beneficio por el fallecimiento de los trabajadores que no hubiesen sido dados de alta en la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General N° 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General N° 2016/2006) de la AFIP y sus modificatorias.
Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante:
i) La falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la ANSES conforme lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o testamentarios;
ii) Luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago;
En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:
1) Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave Única de Identificación de Contratos;
2) Certificación por parte de la aseguradora de la vigencia de la cobertura al momento de ocurrencia del siniestro;
3) Copia certificada de toda la documentación que obrare en su poder incluyendo también las constancias que acrediten las comunicaciones y requerimientos efectuados al empleador, beneficiarios designados o posibles herederos;

4) Constancia del depósito en la Caja Compensadora.
Las entidades aseguradoras no podrán integrar las sumas debidas en concepto de indemnizaciones de otros seguros de vida con el beneficio instituido por el Decreto N° 1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

Artículo 16°. SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA
Independientemente del pago de premio efectuado por los empleadores, no podrán ser trasladados a la Caja Compensadora bajo ningún concepto los siniestros:
a) Que afecten a trabajadores no incluidos en las nóminas del tomador, ni los excluidos en el Artículo 2° del presente anexo;
b) Que correspondan a pólizas emitidas que no cuenten con la debida Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC);
c) Que correspondan a pólizas que si bien poseen Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC), la aseguradora hubiera remitido, a través del Sistema Kausay, datos incorrectos o no hubiera efectuado la remisión en tiempo y forma de todas las novedades que modifique el padrón pólizas;
d) Que correspondan a pólizas emitidas por las entidades que no hayan dado cumplimiento a lo establecido en el Articulo 12 - 12.1 del presente Anexo;
e) Que correspondan a pólizas cuyos premios no hayan sido abonados conforme lo establecido en el Artículo 11 del presente Anexo.

Artículo 17°. PROHIBICIONES

Se prohíbe a las entidades aseguradoras:
1) Otorgar bonificaciones;
2) Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el Artículo 10 del presente reglamento;
3) Efectuar publicidad directa;
4) Rechazar solicitudes presentadas por los empleadores de conformidad a las disposiciones del presente reglamento;
5) Efectuar pagos graciables;

CAJA DE SEGUROS S.A
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
FITZROY 957
1414 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS

SECCION	POLIZA Nº	ENDOSO Nº	CONCEPTO	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	40040	73	RENOVACION	Desde las 00 hs. del 01/11/2021 Hasta las 00 hs. del 01/11/2022

6) Compensar los saldos que arrojen sus declaraciones juradas, con las sumas debidas por la Caja Compensadora por períodos anteriores;
7) Coasegurar y reasegurar.

Articulo 18°. RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR
El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio ante la falta de concertación del seguro.
La suspensión del seguro, por falta de pago o pago insuficiente del premio y la consecuente rescisión en su caso, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.

Contrato de Afiliación de Riesgos del Trabajo - Ley 24.557
Condiciones Particulares

a) Antecedentes de las partes contratantes

NOMBRE DE LA ASEGURADORA	CÓD. DE ART	C.U.I.T.	DOMICILIO
GALENO ART S.A.	**0027-2**	**30-68522850-1**	**RAWSON DE DELLEPIANE ELVIRA 150 1º (C1107BCA) CABA**
NOMBRE Y APELLIDO DEL FIRMANTE			PERSONERIA
Ing. Diego S. Sobrini			**Gerente General**

POLIZA DIGITAL N°
3982647

RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	C.U.I.T.	DOMICILIO LEGAL
GENERAL ELECTRIC INTERNATIONAL INC SUC A	**30-60906894-5**	**NICOLAS DE VEDIA 3616 0 0 (C1430DAH) CAPITAL FEDERAL**
NOMBRE Y APELLIDO DEL FIRMANTE SOLICITUD DE AFILIACIÓN		PERSONERIA
BOTTAN ALEJANDRO		**apoderado**
NOMBRE Y APELLIDO DEL FIRMANTE SOLICITUD DE AFILIACIÓN		PERSONERIA

C.I.I.U.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD
526909	**REPARACION DE ARTICULOS N.C.P.**

b) Vigencia

DESDE LAS 00:00 HORAS DEL DIA	HASTA LAS 24:00 HORAS DEL DIA
01/11/2015	**31/10/2022**

c) Alícuota

SUMA FIJA MENSUAL POR TRABAJADOR	**0.00**	NIVEL **NIVEL 4**
PORCENTAJE VARIABLE SOBRE MASA SALARIAL SUJETA A COTIZACION	**0.500**	
FONDO FIDUCIARIO PARA ENFERMEDADES PROFESIONALES	**$ 0.60**	

LOS IMPORTES INDICADOS INCLUYEN LOS IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES EXCEPTO EL IMPUESTO DE SELLOS PROVINCIAL SI CORRESPONDIERA.

d) Cláusula penal por incumplimientos de denuncias del empleador

$4.500
POR CADA OMISIÓN

e) Establecimientos para prestaciones en especie

Conforme a la Nómina de Prestadores informada en el Manual del Empleador y publicada en nuestra Web www.galenoart.com.ar - Cartilla Médica

ESCOPIA