La segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

2-903-00505219l6-000015

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (+54-341) 420-1000 - Fax: (+54-341) 420-1005/6/7 - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74 - CONDICIONES PARTICULARES

Emitida en Rosario, a los 15 días del mes de Diciembre de 2021

N° POLIZA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 0 Hs. del	Hasta las 0 Hs. del	CONCEPTO	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.521.916	01-01-2022	31-12-2022	EMISION POLIZA	000015	50.521.916	528.626
			Póliza Anterior: 50.467.658	Cantidad de Cuotas: 12		
			Frecuencia de Pago: Por Mes			

1 - CONTRATANTE / TOMADOR

MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.L.
CUIT 33711185319
GRAL PEDERNERA N°: 1380 (5730) VILLA MERCEDES-SL - SAN LUIS
RAMO O ACTIVIDAD: SIN ESPECIFICAR N° Teléfono: 265715320986
(SIN ESPECIFICAR)

2 - CAPITALES A ASEGURAR Y COBERTURA

Capital: $ 181500.-

Cobertura: Fallecimiento.

PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO: $ 37.21 Cantidad de Asegurados: 95

Derecho de Emisión: $ 25.00 Detalle de Personas Amparadas s/Anexo "A"

El Contratante asume la obligación de pagar las primas que se generen con posterioridad por modificaciones del contrato original.

El importe correspondiente al derecho de emisión se deberá declarar y abonar a través del aplicativo SiCOSS.

ARTICULO 13 : SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO – RESCISION

La falta de pago del premio -del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio- por parte del tomador/empleador en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, provocará la mora de forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura sólo será reanudada a las 72 (SETENTA Y DOS) horas de haberse abonado el total de las primas adeudadas.
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.

Esta Póliza - Condiciones Particulares - ha sido emitida conforme con las declaraciones formuladas en la Solicitud de Seguro, si el texto de la presente póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el contratante, si no reclamara dentro del mes de haber recibido la misma.

427 DF6A496A2E8BE118B93B5052191 6

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañia de Seguros de Personas S.A.

Agencia : 4820 - DELGADO, JOSE LUIS
GRAL PEDERNERA N°: 875 Matrícula: 68877
(573000) VILLA MERCEDES-S L - SAN LUIS

Zona : 58 - PENNA, SEBASTIAN ATI
S/D N°: S/N Matrícula: 85197
(540000) SAN JUAN-S J - SAN JUAN

Pablo Ercole
Apoderado

Mario Castellini
Apoderado

"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 CON PROVEIDO APROBATORIO N° 88.559 DEL 25/11/1998

Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara 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 que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web (www.lasegunda.com.ar).
En caso de que el reclamo 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, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.
El/los Contrates y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley n° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.
Para consultas y reclamos, comuníquese con La Segunda Compañia de Seguros de Personas S.A. al teléfono 0341-4201000 internos 3625 o 2532.

www.lasegunda.com.ar

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (+54-341) 420-1000 - Fax: (+54-341) 420-1005/6/7 - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

ANEXO "A" - Detalle del Personal Amparado por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74

Tomador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.L.

N° de Póliza : 50,521,916 N° Expediente : 528,626

Vigencia Desde : 01-01-2022 Hasta: 31-12-2022

Por el presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las condiciones particulares y generales de la póliza del Seguro Colectivo de Vida Decreto 1567/74, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas aseguradas que asimismo se indican.

Detalle de Personas y Sumas Amparadas

DNI/CUIL	Apellido y Nombre	Suma Asegurada
CUIL 20341044848	AGUERO MEDINA FEDERICO NICOLAS	$ 181,500.00
CUIL 20203267909	AGUERO RAMON ADOLFO	$ 181,500.00
CUIL 20238341044	AGUILAR JUAN CARLOS	$ 181,500.00
CUIL 20270744800	AGUILAR LUCAS ESTEBAN	$ 181,500.00
CUIL 20130392114	AGUILERA MARIO ANTONIO	$ 181,500.00
CUIL 20347006506	ALIAGA JONATHAN MATIAS	$ 181,500.00
CUIL 20221907648	AMABILE CARLOS ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20247191446	ARIAS ESCUDERO DIEGO GUSTAVO	$ 181,500.00
CUIL 20233905810	BARROSO LUIS ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20128832190	BARZANTI DAVID ATILIO	$ 181,500.00
CUIL 20170023022	BAZAN OSVALDO WALTER	$ 181,500.00
CUIL 20429095736	BERIAS CRISTIAN GABRIEL	$ 181,500.00
CUIL 20390902523	BRAVO BARRIO NAHUEL	$ 181,500.00
CUIL 20427442331	BUENO SERGIO DANIEL	$ 181,500.00
CUIL 20219113316	BULLONES MARIANO OSCAR	$ 181,500.00
CUIL 20347006832	BUSTOS PENALOZA LUCAS AGUSTIN	$ 181,500.00
CUIL 20255941543	BUTTURI OSCAR HORACIO	$ 181,500.00
CUIL 20415633417	CABRERA DARIO NAHUEL	$ 181,500.00
CUIL 20253946106	CACERES FERNANDO MANUEL	$ 181,500.00
CUIL 20423574799	CASTRO CRISTIAN SAMUEL	$ 181,500.00
CUIL 20200826206	CAVALLERO CARLOS DANTE	$ 181,500.00
CUIL 20432822215	CIUFFANI NAHUEL GONZALO	$ 181,500.00
CUIL 20160428806	COLUCCIO GUSTAVO IGNACIO	$ 181,500.00
CUIL 20174931470	CUELLO LEONARDO RAUL	$ 181,500.00
CUIL 24324646228	DE PAULA NICOLAS ENRIQUE	$ 181,500.00
CUIL 20114355950	DOMINGUEZ HECTOR ORLANDO	$ 181,500.00
CUIL 20139819676	DOMINGUEZ NIBALDO EUFEMIO	$ 181,500.00
CUIL 20253658968	ESPINOSA RAUL ALFREDO	$ 181,500.00
CUIL 20397972071	FASANARO EZEQUIEL ALEJANDRO	$ 181,500.00

Detalle De Personas y Sumas Amparadas

DNI/CUIL	Apellido y Nombre	Suma Asegurada
CUIL 20265805540	FERNANDEZ JOSE ROBERTO	$ 181,500.00
CUIL 27348796106	FERNANDEZ REGUEIRO BELEN NELIDA LOURDES	$ 181,500.00
CUIL 20412976135	FERNANDEZ RODRIGO MARTIN	$ 181,500.00
CUIL 20204996637	FERNANDEZ RUBEN DARIO	$ 181,500.00
CUIL 20443594516	FRONTERA ORIGAEN RODRIGO NICOLAS	$ 181,500.00
CUIL 20411234119	FRONTERA ORIGAEN SANTIAGO AGUSTIN	$ 181,500.00
CUIL 20393946602	FRONTERA ORIGAEN TOMAS EMILIANO	$ 181,500.00
CUIL 20327736605	GALDEANO LEANDRO ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20410957524	GALLARDO BARROSO FRANCISCO VALENTIN	$ 181,500.00
CUIL 20147714581	GALLARDO JOSE GANDINO	$ 181,500.00
CUIL 20407227566	GARCIA VELA ANGEL GASTON	$ 181,500.00
CUIL 20215476252	GATICA JUAN DIEGO	$ 181,500.00
CUIL 20236374964	GATICA RAUL ALEJANDRO	$ 181,500.00
CUIL 20426322553	GONZALEZ BRAYAN EXEQUIEL	$ 181,500.00
CUIL 20206883791	GONZALEZ JOSE DANIEL	$ 181,500.00
CUIL 20262784216	GONZALEZ MARCELO DANIEL	$ 181,500.00
CUIL 20233812863	IBANEZ LUIS MARCELO	$ 181,500.00
CUIL 20399923698	ISSA JUAN MATIAS	$ 181,500.00
CUIL 20178935411	KNIZSE RAUL OSVALDO	$ 181,500.00
CUIL 20407878516	LAZARI LUCAS NICOLAS	$ 181,500.00
CUIL 20419200612	LOPEZ JEREMIAS	$ 181,500.00
CUIL 20435513078	LUCERO FRANCISCO NAHUEL	$ 181,500.00
CUIL 20128832085	LUCERO HECTOR ANTONIO	$ 181,500.00
CUIL 20290699542	LUCERO RUBEN BERNARDINO	$ 181,500.00
CUIL 20300560165	LUFFI SEBASTIAN HUMBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20408424853	LUJAN ANGEL MATIAS	$ 181,500.00
CUIL 20358796894	LUNA JORGE ANDRES	$ 181,500.00
CUIL 20114827739	LUNA RICARDO EDMUNDO	$ 181,500.00
CUIL 20242341911	MARTIN DANTE DAVID	$ 181,500.00
CUIL 23306875949	MASSA GASTON CRISTIAN FRANCISCO	$ 181,500.00
CUIL 20354757762	MERCAU CORREA VICTOR LUIS	$ 181,500.00
CUIL 20334291724	MERCAU MIGUEL ANGEL	$ 181,500.00
CUIL 20320700451	MILL GREGORIO ENRIQUE	$ 181,500.00
CUIL 20419199258	MOREYRA SALINAS PABLO FRANCISCO NAHUEL	$ 181,500.00
CUIL 20308398936	MUÑOZ ROBERTO ALEJANDRO	$ 181,500.00
CUIL 20422786474	OJEDA ALEXIS FERNANDO EMANUEL	$ 181,500.00
CUIL 20264910545	OJEDA JULIO ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20140354326	ONTIVERO GUILLERMO ROBERTO	$ 181,500.00

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (+54-341) 420-1000 - Fax: (+54-341) 420-1005/6/7 - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

Detalle De Personas y Sumas Amparadas

DNI/CUIL	Apellido y Nombre	Suma Asegurada
CUIL 20315919194	OVIEDO CESAR GABRIEL	$ 181,500.00
CUIL 20354701996	PALAVECINO MARIANO ANDRES	$ 181,500.00
CUIL 20232269430	PALLERES DANIEL MARTIN	$ 181,500.00
CUIL 20236468020	PERALTA SERGIO MARCELO	$ 181,500.00
CUIL 20125038779	PEREYRA ENRIQUE AGUSTIN	$ 181,500.00
CUIL 20149608924	PEREYRA JUAN CARLOS	$ 181,500.00
CUIL 20273949713	PINO ROBERTO DAVID	$ 181,500.00
CUIL 20123413998	PUEBLA JORGE RAMON	$ 181,500.00
CUIL 23213827219	QUEVEDO JESUS BERNABEL	$ 181,500.00
CUIL 20221333803	QUEVEDO WALTER GUSTAVO	$ 181,500.00
CUIL 20354755913	RODRIGUEZ CRISTIAN SAMUEL ADRIAN	$ 181,500.00
CUIL 20376389201	ROSALES WILLIAMS CESAR	$ 181,500.00
CUIL 20298352339	SANCHEZ JULIO FEDERICO	$ 181,500.00
CUIL 20313472400	SOSA ENZO EMMANUEL EDUARDO	$ 181,500.00
CUIL 20168861134	SOSA JORGE EUSEBIO	$ 181,500.00
CUIL 20112969536	TAVERNA LUIS RAUL ERNESTO	$ 181,500.00
CUIL 20358839682	TERRAZA DIEGO EMANUEL	$ 181,500.00
CUIL 20377805225	TOLEDO DIEGO MARTIN	$ 181,500.00
CUIL 20379644067	TORRE WALTER SEBASTIAN	$ 181,500.00
CUIL 23222888379	TORRES DANT JOSE	$ 181,500.00
CUIL 20123418124	TORRES OSCAR AURELIO	$ 181,500.00
CUIL 23167788599	TRILLO FELIX MIGUEL	$ 181,500.00
CUIL 20226830228	VELAZQUEZ WALTER ORLANDO	$ 181,500.00
CUIL 20209174287	VIDELA RUBEN ISAAC	$ 181,500.00
CUIL 23214951789	VILLALBA GUSTAVO MARTIN	$ 181,500.00
CUIL 20370900990	VILLEGAS ALVARO GASPAR	$ 181,500.00
CUIL 20220034632	VILLEGAS ERNESTO FABIAN	$ 181,500.00
CUIL 23412979729	ZARATE VILCHEZ RAMON EMILIANO	$ 181,500.00

Total de Asegurados : 95 Suma Asegurada Total de la nómina : 17,242,500.00

*
*
*
*
*
*
*

La Segunda Personas
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

El presente formulario se puede obtener de nuestra pagina web WWW.LASEGUNDA.COM.AR

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:**

Empleador:

Calle: Nro.: Piso: Dpto.:

Cód. Postal: Localidad: Pcia.:

Apellido y Nombre:

Tipo de Documento: Nro.:

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___

Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ______________________________

Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: ______________________________

____
Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319
Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: AGUERO MEDINA FEDERICO NICOLAS
Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20341044848

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___
Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ______________________________
Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

La Segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 | **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: AGUILAR LUCAS ESTEBAN

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20270744800

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ________________________________

Localidad: ________________________ Pcia.: ________________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

La Segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: ALIAGA JONATHAN MATIAS

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20347006506

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ______________________________

Localidad: ______________________________ Pcia.: ______________________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 — **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: AMABILE CARLOS ALBERTO

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20221907648

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___

Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ______________________________

Localidad: ______________________________ Pcia.: ______________________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 — **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319
Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: ARIAS ESCUDERO DIEGO GUSTAVO
Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20247191446

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___
Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ______________________________
Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: BARROSO LUIS ALBERTO

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20233905810

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ____________________

Localidad: ____________________ Pcia.: ____________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.	CUIT 33711185319		
Calle: GRAL PEDERNERA	Nro.: 1380	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal: 573000	Localidad: VILLA MERCEDES-SL	Pcia.: SAN LUIS	

Apellido y Nombre: BERIAS CRISTIAN GABRIEL	
Tipo de Documento: CUIL	Nro.: 20429095736

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___	Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular:	
Localidad:	Pcia.:

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

La segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319
Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: BUSTOS PENALOZA LUCAS AGUSTIN
Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20347006832

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ____________________

Localidad: ____________________ Pcia.: ____________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: BUTTURI OSCAR HORACIO

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20255941543

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ______________________________

Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

La Segunda Personas
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.	CUIT 33711185319		
Calle: GRAL PEDERNERA	Nro.: 1380	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal: 573000	Localidad: VILLA MERCEDES-SL	Pcia.: SAN LUIS	

Apellido y Nombre: CABRERA DARIO NAHUEL	
Tipo de Documento: CUIL	Nro.: 20415633417

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___	Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ______________________________	
Localidad: ______________________	Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.		CUIT	33711185319		
Calle: GRAL PEDERNERA		Nro.:	1380	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal: 573000	Localidad: VILLA MERCEDES-SL		Pcia.:	SAN LUIS	

Apellido y Nombre: CIUFFANI NAHUEL GONZALO	
Tipo de Documento: CUIL	Nro.: 20432822215

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___	Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ____________________	
Localidad: ____________________	Pcia.: ____________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50521916

Empleador:	MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.	CUIT	33711185319		
Calle:	GRAL PEDERNERA	Nro.:	1380	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	573000	Localidad:	VILLA MERCEDES-SL	Pcia.:	SAN LUIS

Apellido y Nombre:	DE PAULA NICOLAS ENRIQUE		
Tipo de Documento:	CUIL	Nro.:	24324646228

Fecha de Nacimiento:	Día / Mes / Año / /	Fecha de Ingreso al Empleo:	Día / Mes / Año / /
Domicilio Particular:			
Localidad:		Pcia.:	

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

La Segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 — **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: FERNANDEZ RODRIGO MARTIN

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20412976135

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ — Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ______________________________

Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

La Segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: FERNANDEZ RUBEN DARIO

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20204996637

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ______________________________

Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50521916

Empleador:	MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.	CUIT	33711185319		
Calle:	GRAL PEDERNERA	Nro.:	1380	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	573000	Localidad:	VILLA MERCEDES-SL	Pcia.:	SAN LUIS

Apellido y Nombre:	GARCIA VELA ANGEL GASTON		
Tipo de Documento:	CUIL	Nro.:	20407227566

Fecha de Nacimiento:	Día / Mes / Año / /	Fecha de Ingreso al Empleo:	Día / Mes / Año / /

Domicilio Particular: _____

Localidad: _____ Pcia.: _____

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 | **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319
Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: GONZALEZ BRAYAN EXEQUIEL
Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20426322553

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___
Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ____________________

Localidad: ____________________ Pcia.: ____________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

La Segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: GONZALEZ MARCELO DANIEL

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20262784216

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ______________________________

Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

La Segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319
Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: LOPEZ JEREMIAS
Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20419200612

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ______________________________
Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.	CUIT 33711185319		
Calle: GRAL PEDERNERA	Nro.: 1380	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal: 573000	Localidad: VILLA MERCEDES-SL	Pcia.: SAN LUIS	

Apellido y Nombre: LUJAN ANGEL MATIAS	
Tipo de Documento: CUIL	Nro.: 20408424853

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___	Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ______________________	
Localidad: ______________________	Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50521916

Empleador:	MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.	CUIT	33711185319		
Calle:	GRAL PEDERNERA	Nro.:	1380	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	573000	Localidad:	VILLA MERCEDES-SL	Pcia.:	SAN LUIS

Apellido y Nombre:	MASSA GASTON CRISTIAN FRANCISCO		
Tipo de Documento:	CUIL	Nro.:	23306875949

Fecha de Nacimiento:	Día / Mes / Año / /	Fecha de Ingreso al Empleo:	Día / Mes / Año / /
Domicilio Particular:			
Localidad:		Pcia.:	

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

La Segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: MOREYRA SALINAS PABLO FRANCISCO NAHUEL

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20419199258

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___

Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ______________________________

Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50521916

Empleador:	MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.	CUIT	33711185319		
Calle:	GRAL PEDERNERA	Nro.:	1380	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	573000	Localidad:	VILLA MERCEDES-SL	Pcia.:	SAN LUIS

Apellido y Nombre:	OVIEDO CESAR GABRIEL		
Tipo de Documento:	CUIL	Nro.:	20315919194

Fecha de Nacimiento:	Día / Mes / Año / /	Fecha de Ingreso al Empleo:	Día / Mes / Año / /
Domicilio Particular:			
Localidad:		Pcia.:	

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 | **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: PINO ROBERTO DAVID

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20273949713

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ | Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ______________________

Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

La Segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319
Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: QUEVEDO JESUS BERNABEL
Tipo de Documento: CUIL Nro.: 23213827219

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___
Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ______________________________
Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 — **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319

Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: RODRIGUEZ CRISTIAN SAMUEL ADRIAN

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20354755913

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___ Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ____________________

Localidad: ____________________ Pcia.: ____________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319
Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: ROSALES WILLIAMS CESAR
Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20376389201

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___
Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ____________________
Localidad: ____________________ Pcia.: ____________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 **Póliza Nro.:** 50521916

Empleador: MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R. CUIT 33711185319
Calle: GRAL PEDERNERA Nro.: 1380 Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 573000 Localidad: VILLA MERCEDES-SL Pcia.: SAN LUIS

Apellido y Nombre: VELAZQUEZ WALTER ORLANDO
Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20226830228

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___
Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ____________________

Localidad: ____________________ Pcia.: ____________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE75832742-130622164126

DECBEN-D190912

la segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50521916

Empleador:	MAXIMA SEGURIDAD INTEGRAL S.R.	CUIT	33711185319		
Calle:	GRAL PEDERNERA	Nro.:	1380	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	573000	Localidad:	VILLA MERCEDES-SL	Pcia.:	SAN LUIS

Apellido y Nombre:	ZARATE VILCHEZ RAMON EMILIANO		
Tipo de Documento:	CUIL	Nro.:	23412979729

Fecha de Nacimiento:	Día / Mes / Año / /	Fecha de Ingreso al Empleo:	Día / Mes / Año / /
Domicilio Particular:			
Localidad:		Pcia.:	

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 13 de Junio de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

La segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO

DECRETO Nº 1567/74

CAPITULO I

Póliza nro.: 50.521.916

DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74

ARTICULO 1 – OBJETO

El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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.

ARTICULO 2 – EXCLUSIONES

Quedan excluidos de esta cobertura:

a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley Nº 16.600

b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTICULO 3 – PRESTACION

La prestación establecida por el Decreto Nº 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.

ARTICULO 4 - CONTRATACION DEL SEGURO

Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 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).

ARTICULO 5 - PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACION 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 MILESIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).

Suma Asegurada

La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles(SMVN). Dicha suma se ajustará anualmente conforme al último SMVN publicado al mes de diciembre de cada año. La suma asegurada que resulte de la actualización anual entrará en vigencia a partir del 1º 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 acutalización 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.

ARTICULO 6 - AUTORIZACION PARA OPERAR EN LA COBERTURA

Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nº 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 Nº 1567/74" que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 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 Superintendencia de Seguros de la Nación que la autoriza a operar en la Rama Vida.

ARTICULO 7 - SOLICITUD DEL SEGURO - EMISION DE LA POLIZA - NOMINA 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 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 15 (QUINCE) días de celebrado el contrato.

Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio-Decreto Nº 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 encuentra 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 SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica.

El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo UN (1) tamaño de SESENTA CENTIMETROS (60 cm) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTIMETROS (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 1 (UN) afiche por cada establecimiento.

La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores – tomadores del seguro, quienes expondrán al menos 1 (UNO) 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.

ARTICULO 8 - DESIGNACION 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 15 (quince) 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 53º y 54º de la Ley Nº 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 - PERIODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD – TRASPASO DE ASEGURADORA

Únicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá 30 (TREINTA) 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 0 (CERO) 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 Nº 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 7º y 8º del presente reglamento.
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 período.
La responsabilidad del asegurador comienza a la hora 0 (CERO) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a la hora 24 (VEINTICUATRO) del último día de vigencia estipulado.

ARTICULO 10 - DERECHO DE EMISION, GASTOS DE ADMINISTRACION Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACION A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCION 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 25 asegurados $ 12.-
Entre 26 y 50 asegurados $ 17.-
Más de 50 asegurados $ 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 Nº 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del artículo 81º de la Ley Nº 20.091.

ARTICULO 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 el Sistema Único de Seguridad Social (S.U.S.S.), 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 Administración Federal de Ingresos Públicos queda facultada para dictar las normas operativas que resulten necesarias.
La Administración Federal de Ingresos Públicos establecerá los mecanismos para la distribución de los fondos a las respectivas aseguradoras.
En el caso de fallecimiento de un trabajador no incluído en la nómina de personal del tomador se actuará conforme a lo dispuesto en el artículo **18º** 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 Administración Federal de Ingresos Públicos direccionará los montos y la información a la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Regularizados los supuestos antes mencionados, los futuros pagos que efectúen serán transferidos por la Administración Federal de Ingresos Públicos a las entidades aseguradoras que correspondan conforme el procedimiento establecido en el Artículo 12 del presente anexo.

ARTICULO 12 – DISTRIBUCION DE RECAUDACION

12.1 Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la Administración Federal de Ingresos Públicos 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 Superintendencia de Seguros de la Nación los datos correspondientes a la cuenta bancaria del Banco de la Nación Argentina, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondiente a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio – Decreto Nro. 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN Nro. 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 Administración Federal de Ingresos Públicos, transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta Superintendencia de Seguros de la Nación, 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 Administración Federal de Ingresos Públicos 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:
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 Superintendencia de Seguros de la Nación – 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.

ARTICULO 13 - SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO – RESCISION

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 (0) 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 segunda
PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

Póliza nro.: 50.521.916

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.

ARTICULO 14 - COMUNICACION 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 Administración Federal de Ingresos Públicos, 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.

ARTICULO 15 - LIQUIDACION 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 53º y 54º de la Ley Nº 24.241. A tal efecto, deberán 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:
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 del 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 beneficiario/s 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 53º y 54º de la Ley Nº 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) El/los 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.
10.- 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 Nro. 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General Nro. 2016/2006) de la Administración Federal de Ingresos Públicos (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:
a) La falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) conforme lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241 o testamentarios.
b) 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 Nro. 1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

ARTICULO 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 2º 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 posean 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 Artículo 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.

ARTICULO 17- PROHIBICIONES

Se prohíbe a las entidades aseguradoras:
1. Otorgar bonificaciones.
2. Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el Artículo 10º 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.
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.