ALLIANZ ARGENTINA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74

CONTRATANTE: CELULARES S.A.

DOMICILIO: AV DEL LIBERTADOR 5478 10
CODIGO POSTAL: 1426 LOCALIDAD: CAPITAL FEDERAL
PROVINCIA:

POLIZA N°
21018/931828

ENDOSO N°
0

PRODUCTOR ASESOR: GRANDINETTI, CARLOS ALBERTO MATRICULA: 67637

C.U.I.C.:

VIGENCIA: Desde las cero horas del: 01/01/2022 Hasta las cero horas del: 01/01/2023

MONEDA DEL CONTRATO: PESOS VENCIMIENTO DEL PLAZO PARA PAGO: 20/01/2022

PRIMA	REC. ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER. EMISION	IMPUESTOS/TASAS	SELLOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

PRIMA DE RIESGO	GTOS. EXPLOTACION	CUIT	GTOS. ADQUISICION	PREMIO
0,00	0,00	30710971613	0,00	0,00

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74
-
CLAUSULA PARTICULAR QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA, ANEXO 2801-

RESOLUCIONES NRO. 40629 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION APRUEBA EL REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74.

DEFINICIONES DEL SEGURO INCLUIDAS EN LOS ARTICULOS 5, 10, 11 Y 13 DE LA RESOLUCION 40629.
-PRIMA
LA PRIMA SE FIJA EN $ 0,205 (PESOS DOSCIENTOS CINCO MILESIMOS) MENSUALES POR CADA $ 1.000 (PESOS MIL).-
-SUMA ASEGURADA
LA SUMA ASEGURADA SERA EQUIVALENTE A LA DE 5,5 SALARIOS MINIMOS VITALES Y MOVILES (SMVM). DICHA SUMA SE AJUSTARA ANUALMENTE CONFORME AL ULTIMO SMVM PUBLICADO AL MES DE DICIEMBRE DE CADA AÑO. LA SUMA ASEGURADA QUE RESULTE DE LA ACTUALIZACION ANUAL ENTRARA EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1 DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE.
-DERECHO DE EMISION
EL DERECHO DE EMISION ES ANUAL, PODRA PERCIBIRLO EL ASEGURADOR CUANDO SE EMITA O RENUEVE UNA POLIZA, DE ACUERDO A LA SIGUIENTE ESCALA:
HASTA 25 ASEGURADOS $ 12.-
ENTRE 26 Y 50 ASEGURADOS $ 17.-
MAS DE 50 ASEGURADOS $ 25.-
EL TOMADOR-EMPLEADOR, CUANDO CORRESPONDA, DECLARARA Y ABONARA EL DERECHO DE EMISION A TRAVES DEL APLICATIVO DEL SICOSS
-PAGO DEL PREMIO
EL PREMIO CORRESPONDIENTE A LA PRESENTE COBERTURA SERA

Buenos Aires, 21 de diciembre de 2021

Amilcar Racigh
Director Técnico

Allianz Argentina Cía de Seguros S.A.

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación

Avda. Corrientes 299 - C1043AAC - Capital Federal - Tel.: 4320-3800 - Fax.: (541) 4320

POLIZA: 21018/931828 **ENDOSO:** 0

SECCION: SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74

ASEGURADO: **CELULARES S.A.**

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74
-
CLAUSULA PARTICULAR QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA, ANEXO 2801-

RESOLUCIONES NRO. 40629 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION APRUEBA EL REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74.

DEFINICIONES DEL SEGURO INCLUIDAS EN LOS ARTICULOS 5, 10, 11 Y 13 DE LA RESOLUCION 40629.
-PRIMA
LA PRIMA SE FIJA EN $ 0,205 (PESOS DOSCIENTOS CINCO MILESIMOS) MENSUALES POR CADA $ 1.000 (PESOS MIL).-
-SUMA ASEGURADA
LA SUMA ASEGURADA SERA EQUIVALENTE A LA DE 5,5 SALARIOS MINIMOS VITALES Y MOVILES (SMVM). DICHA SUMA SE AJUSTARA ANUALMENTE CONFORME AL ULTIMO SMVM PUBLICADO AL MES DE DICIEMBRE DE CADA AÑO. LA SUMA ASEGURADA QUE RESULTE DE LA ACTUALIZACION ANUAL ENTRARA EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1 DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE.
-DERECHO DE EMISION
EL DERECHO DE EMISION ES ANUAL, PODRA PERCIBIRLO EL ASEGURADOR CUANDO SE EMITA O RENUEVE UNA POLIZA, DE ACUERDO A LA SIGUIENTE ESCALA:
HASTA 25 ASEGURADOS $ 12.-
ENTRE 26 Y 50 ASEGURADOS $ 17.-
MAS DE 50 ASEGURADOS $ 25.-
EL TOMADOR-EMPLEADOR, CUANDO CORRESPONDA, DECLARARA Y ABONARA EL DERECHO DE EMISION A TRAVES DEL APLICATIVO DEL SICOSS
-PAGO DEL PREMIO
EL PREMIO CORRESPONDIENTE A LA PRESENTE COBERTURA SERA 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 FUNCION DE LA NOMINA DEL MES QUE DECLARA TOMANDO EN CONSIDERACION EL VALOR DEL PREMIO VIGENTE, A PARTIR DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 Y LO DETERMINADO EN EL ARTICULO 6 DE LA RESOLUCION SSN N35333 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2010 Y SUS MODIFICATORIAS.
LO DISPUESTO EN EL PARRAFO ANTERIOR TAMBIEN SERA DE APLICACION RESPECTO DE LOS EMPLEADORES NO OBLIGADOS CON SUSS, CON EXCEPCION DE AQUELLAS POLIZAS QUE AMPAREN A LOS TRABAJADORES DOMESTICOS ENCUADRADOS EN EL ARTICULO 1 DE LA LEY N26.844, LAS QUE SERAN ABONADAS DIRECTAMENTE A LAS ASEGURADORAS. A TAL EFECTO LA AFIP QUEDA FACULTADA PARA DICTAR LAS NORMAS
OPERATIVAS QUE RESULTEN NECESARIAS.
LA AFIP ESTABLECERA LOS MECANISMOS PARA LA DISTRIBUCION DE LOS FONDOS A LAS RESPECTIVAS ASEGURADORAS.
EN EL CASO DE FALLECIMIENTO DE UN TRABAJADOR NO INCLUIDO EN LA NOMINA DE PERSONAL DEL TOMADOR SE ACTUARA CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 18 DEL PRESENTE REGLAMENTO. SI EL EMPLEADOR DETERMINARA E INGRESARA EL MONTO DEL PREMIO, SIN HABER CONTRATADO UNA POLIZA CON UNA
ASEGURADORA O LA RELACION ASEGURADORA-CUIT SEA ERRONEA O ESTE FUERA DE VIGENCIA, NO IMPLICARA COBERTURA AUTOMATICA EN DICHO SEGURO.
-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 DEBERA 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 CONTARA CON UN PLAZO DE TREINTA (30) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE VENCIMIENTO PARA HACER
EFECTIVO EL PAGO. TRANSCURRIDO DICHO PLAZO SIN QUE SE HUBIERA EFECTUADO EL PAGO DEL PREMIO OPERARA LA MORA EN FORMA AUTOMATICA Y CON ELLO LA SUSPENSION DE LA COBERTURA SIN NECESIDAD

DE AVISO O INTIMACION ALGUNA.
LA COBERTURA SE REANUDARA A PARTIR DE LA HORA CERO (O) DEL DIA SIGUIENTE AL INGRESO DE LA PRIMA.
LA COBERTURA SOLO PODRA SER REHABILITADA DENTRO DE LOS SESENTA (60) DIAS DESDE LA FECHA DE SU SUSPENSION. EL VENCIMIENTO DE ESTE PLAZO PROVOCARA LA RESCISION AUTOMATICA DEL CONTRATO.
LA SUSPENSION DEL SEGURO,0 SU RESCISION POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO, HARA DIRECTAMENTE RESPONSABLE AL EMPLEADOR POR EL PAGO DEL BENEFICIO.
LOS PAGOS EFECTUADOS POR LOS TOMADORES-EMPLEADORES UNA VEZ VENCIDO EL PLAZO DE SUSPENSION Y ESTANDO LA PÓLIZA RESCINDIDA, NO DARA DERECHO A REHABILITAR LA MISMA.

FACTURACIÓN DESDE 01/01/2022 HASTA 01/01/2023

	Cantidad de vidas	Capital asegurado total
Anterior	**15**	**1.782.000,00**
Altas	**0**	**0,00**
Bajas	**0**	**0,00**
Aumentos	**15**	**0,00**
Disminución	**0**	**0,00**
Actual	**15**	**1.782.000,00**

ALLIANZ ARGENTINA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NÓMINA DE PERSONAS ASEGURADAS

VIDA OBLIGATORIO

POLIZA: 210180931828
HOJA: 1

NOMBRE Y APELLIDO	CERT	F.NAC.	C	F.INGR.	CAPITAL	F.ALTA
ARROYO ANGEL CUSTODIO	2	01/10/1962		N	118.800,00	01/01/2022
BERTOLANO ANDRES	3	17/01/1985		N	118.800,00	01/01/2022
CIKUREL ANDRES	5	05/05/1977		N	118.800,00	01/01/2022
DILGER ROBERTO RENE	9	28/07/1958		N	118.800,00	01/01/2022
IPORRE ELIDA OLIVIA	14	25/08/1985		N	118.800,00	01/01/2022
MONZON ROMERO WALTER FABIAN	17	14/02/1989		N	118.800,00	01/01/2022
RACIGH AMILCAR ISMAEL	19	26/10/1973		N	118.800,00	01/01/2022
RIOS JONATHAN JORGE	21	23/02/1986		N	118.800,00	01/01/2022
SABALZA NOEMI ISABEL	23	20/10/1955		N	118.800,00	01/01/2022
SEVERINO SILVANA	74	29/12/1993		N	118.800,00	01/01/2022
MEDIN BRIAN DARÍO	102	03/08/1992		N	118.800,00	01/01/2022
PEREZ SARMIENTO GRISEL ANDREINA	105	17/02/1995		N	118.800,00	01/01/2022
VIELMA GUERRERO JOSE IGNACIO	106	14/07/1997		N	118.800,00	01/01/2022
TRUJILLO MARTINEZ KARELYSABEL	107	04/08/1987		N	118.800,00	01/01/2022
RIFFO LEONARDO GASTÓN	108	16/09/1987		N	118.800,00	01/01/2022