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

2-903-0050525193-000000

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
50.525.193	01-01-2022	31-12-2022	EMISION POLIZA	000000	50.525.193	531.903
			Póliza Anterior: 50.471.098	Cantidad de Cuotas: 12		
			Frecuencia de Pago: Por Mes			

1 - CONTRATANTE / TOMADOR

MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S.R.L.
CUIT 30710229224
B° INDUSTRIAS N°: 0 (9015) PICO TRUNCADO-CRU - SANTA CRUZ
RAMO O ACTIVIDAD: SIN ESPECIFICAR N° Teléfono: NC
(SIN ESPECIFICAR)

2 - CAPITALES A ASEGURAR Y COBERTURA

Capital: $ 118800.-

Cobertura: Fallecimiento.

PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO: $ 24.35 Cantidad de Asegurados: 176

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.

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

Agencia : 8960 - BORRACER, EDUARDO AN
AV B RIVADAVIA N°: 239 D1
(901500) PICO TRUNCADO-CRU - SANTA CRUZ
Matrícula: 65179

Zona : 89 - ESPINOSA, HECTOR EDU
MALACARA N°: 124
(910000) TRELEW-CHB - CHUBUT
Matrícula: 30223

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: MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S.R.L.

N° de Póliza : 50,525,193 N° Expediente : 531,903

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 20398829914	ABAD BALVERDI BRIAN	$ 118,800.00
CUIL 20100792584	ACOSTA REINALDO VICTOR	$ 118,800.00
CUIL 20387937898	AGUIRRE GABRIEL ALEJANDRO	$ 118,800.00
CUIL 23321744419	ALONSO D ALESSANDRO LEANDRO MAXIMILIANO	$ 118,800.00
CUIL 20190690181	ANDRADE GERDING JOSE EMILIO	$ 118,800.00
CUIL 20302524786	ARANCIBA ORESTE LUCAS DANIEL	$ 118,800.00
CUIL 20249689824	ARAOZ ARNALDO ANDRES	$ 118,800.00
CUIL 20365572187	ARIAS DANIEL ALEJANDRO	$ 118,800.00
CUIL 27289795206	ARRIAGADA SANDRA ELIZABETH	$ 118,800.00
CUIL 27941386011	BARRIA COLIVORO VIVIANA ALEJANDRA	$ 118,800.00
CUIL 23350617469	BARRIOS JOSE ALEJANDRO	$ 118,800.00
CUIL 20322451211	BASILE HUGO MAURO	$ 118,800.00
CUIL 20171851883	BURGOS FELIX WALTER	$ 118,800.00
CUIL 27398832634	BUSTOS MONICA GABRIELA	$ 118,800.00
CUIL 20324892231	CABALLERO ANGEL DAMIAN	$ 118,800.00
CUIL 23226320199	CABRERA MARCOS ESTEBAN	$ 118,800.00
CUIL 20953055199	CALANI COLQUE ROMMEL	$ 118,800.00
CUIL 20369144546	CALHUANTE LEFIMI ISAIAS MATIAS	$ 118,800.00
CUIL 23355667529	CAMPANO EMIL JAVIER	$ 118,800.00
CUIL 20331676439	CARMONA ADAN LEONARDO	$ 118,800.00
CUIL 20312984084	CASTILLO LOPEZ JOSE GERMAN	$ 118,800.00
CUIL 20926708423	CASTILLO MUÑOZ GERMAN FLORENCIO	$ 118,800.00
CUIL 20314430876	CASTILLO PABLO LEONARDO	$ 118,800.00
CUIL 20348698576	CASTRO MARCELO SEBASTIAN	$ 118,800.00
CUIL 20398828284	CEJAS ELIAS DAVID	$ 118,800.00
CUIL 20358260544	CESPEDES JESUS SERGIO	$ 118,800.00
CUIL 20220551815	CHAVEZ SERGIO CRISTIAN	$ 118,800.00
CUIL 20326980286	COCHA EZEQUIEL AGUSTIN	$ 118,800.00
CUIL 20301767138	COLINA GUILLERMO IVAN	$ 118,800.00

Detalle De Personas y Sumas Amparadas

DNI/CUIL	Apellido y Nombre	Suma Asegurada
CUIL 20404821890	CONTRERAS DIAZ ANDRES AGUSTIN	$ 118,800.00
CUIL 20382224672	CONTRERAS DIAZ FERNANDO EXEQUIEL	$ 118,800.00
CUIL 23172186769	CRISTALDO RICARDO DIVINO	$ 118,800.00
CUIL 23348696874	CRIVELLI DIANA LUCIA	$ 118,800.00
CUIL 20397828566	CRUZ NICOLAS IGNACIO	$ 118,800.00
CUIL 20946540383	CUYUL SANCHEZ IVAN RODRIGO	$ 118,800.00
CUIL 20232863596	DALLE ORE JUAN RAMON	$ 118,800.00
CUIL 20273311492	DIAZ LUCAS MARTIN	$ 118,800.00
CUIL 20243748780	DOMINGUEZ MIGUEL RAMON	$ 118,800.00
CUIL 20317741023	ECHEVERRIA JORGE DAMIAN	$ 118,800.00
CUIL 20388049708	ENDARA MARIANO ADRIAN	$ 118,800.00
CUIL 20288864706	ESPECHE DANIEL ARMANDO	$ 118,800.00
CUIL 20265463186	ESPINDOLA ALEJANDRO JAVIER	$ 118,800.00
CUIL 20389482251	ESPINDOLA NICOLAS EZEQUIEL	$ 118,800.00
CUIL 20241216005	FERNANDEZ ANGEL ALEJANDRO	$ 118,800.00
CUIL 23239219039	FERNANDEZ CRISTIAN ALBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20334076777	FERREIRA OMAR JOSE	$ 118,800.00
CUIL 20295881128	FIGUEROA BACHMANN WILLIAM ALBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20144598203	FLORES JUAN ROBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20336627789	FRANCO HECTOR ANIBAL	$ 118,800.00
CUIL 20286205888	GALINDEZ ENRIQUE MIGUEL	$ 118,800.00
CUIL 20951310221	GARCIA BENITES JORGE MIGUEL	$ 118,800.00
CUIL 20942010444	GARCIA QUIROGA JORGE EDUARDO	$ 118,800.00
CUIL 20356834241	GARNICA FERNANDO MATIAS	$ 118,800.00
CUIL 20367376040	GARRIDO DIEGO GABRIEL	$ 118,800.00
CUIL 20343934646	GASTALDI ALFREDO JESUS	$ 118,800.00
CUIL 20313662285	GIL ARIEL OSVALDO	$ 118,800.00
CUIL 20325376148	GODOY DIEGO DANIEL	$ 118,800.00
CUIL 20204023221	GODOY PABLO GERMAN	$ 118,800.00
CUIL 27957205564	GOMEZ JIMENEZ MARISELA DEL CARMEN	$ 118,800.00
CUIL 20310954404	GONZALEZ ALEJANDRO	$ 118,800.00
CUIL 27367375162	GONZALEZ DAIANA MARIEL	$ 118,800.00
CUIL 20229573471	GONZALEZ HERNAN PABLO	$ 118,800.00
CUIL 20323286702	GRANCE JUAN ARNALDO	$ 118,800.00
CUIL 20276321944	GUANUCO JULIO CESAR	$ 118,800.00
CUIL 20240928842	GUERRERO RUBEN ARIEL	$ 118,800.00
CUIL 20376643272	GUILQUERUCA AGUILAR CARLOS LEONEL	$ 118,800.00
CUIL 27252722586	GUZMAN BEATRIZ ALEJANDRA	$ 118,800.00

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 20387937928	GUZMAN LUIS EDUARDO	$ 118,800.00
CUIL 27233598416	HAROS MONICA BEATRIZ	$ 118,800.00
CUIL 20361073682	HERNANDEZ CRISTIAN MARTIN	$ 118,800.00
CUIL 23320863694	HERNANDEZ MARIA JOSE	$ 118,800.00
CUIL 20387935089	HERNANDEZ PABLO EZEQUIEL	$ 118,800.00
CUIL 20348694759	HUERTAS ALEXIS DANIEL	$ 118,800.00
CUIL 20287026235	IDIARTE CARLOS LEONARDO	$ 118,800.00
CUIL 20310828441	IDIARTE FERNANDO ARIEL	$ 118,800.00
CUIL 20419593177	IRIGOYEN LEONEL ADRIEL	$ 118,800.00
CUIL 20330134586	JAQUES GUSTAVO JAVIER	$ 118,800.00
CUIL 20220604900	LABANDEIRA DIEGO EDUARDO	$ 118,800.00
CUIL 20363282092	LAMBERTI FRANCO ABEL	$ 118,800.00
CUIL 20218190791	LEFIN JORGE RAFAEL	$ 118,800.00
CUIL 20340136587	LEVICAN ISAAC ELEAZAR	$ 118,800.00
CUIL 20398654480	LEZCANO HERMENEGILDO DANIEL	$ 118,800.00
CUIL 20431582466	LLANOS DANILO URIEL	$ 118,800.00
CUIL 20951269078	LLAUCA COLIVORO CARLOS ROGELIO	$ 118,800.00
CUIL 23301939329	LOPEZ CRISTIAN MIGUEL	$ 118,800.00
CUIL 20302738328	MACHADO ELIAS HORACIO	$ 118,800.00
CUIL 20160678306	MALDONADO MIGUEL ANGEL	$ 118,800.00
CUIL 20240963729	MANQUEMILLA JOSE ARGENTINO	$ 118,800.00
CUIL 20355665020	MANSILLA HUGO GUSTAVO	$ 118,800.00
CUIL 20236353800	MARIO ANTONIO RENE	$ 118,800.00
CUIL 27356643769	MARTINEZ ESTEFANIA SOLEDAD	$ 118,800.00
CUIL 20355668534	MARTINEZ FRANCO MARIO	$ 118,800.00
CUIL 20320865221	MARTINEZ GUILLERMO PATRICIO	$ 118,800.00
CUIL 20376640397	MAZA JORDAN DANIEL	$ 118,800.00
CUIL 20232415011	MENDOZA CLAUDIO	$ 118,800.00
CUIL 20238118248	MESINA HECTOR EDGARDO	$ 118,800.00
CUIL 20268572997	MILLAN GABRIEL ALEJANDRO	$ 118,800.00
CUIL 20313661602	MILLAN GASTON ADRIAN	$ 118,800.00
CUIL 20284546343	MILLAN PABLO MARTIN	$ 118,800.00
CUIL 20209352703	MIRANDA CLAUDIO ALEJANDRO	$ 118,800.00
CUIL 20241548172	MIRANDA JUAN RAMON	$ 118,800.00
CUIL 20336690502	MOLINA FACUNDO EXEQUIEL	$ 118,800.00

Detalle De Personas y Sumas Amparadas

DNI/CUIL	Apellido y Nombre	Suma Asegurada
CUIL 20129306085	MOLINA ROMERO JOSE CRUZ	$ 118,800.00
CUIL 20361820313	MORALES SEBASTIAN MOISES	$ 118,800.00
CUIL 23190518299	MURUCHI AIZA JUAN	$ 118,800.00
CUIL 20313353614	NAVARRO EDGARDO ANDRES	$ 118,800.00
CUIL 20243025959	NIEVA HUGO MARCELO	$ 118,800.00
CUIL 20248102137	OLIVARES JOSE ANTONIO	$ 118,800.00
CUIL 20327133781	ORTIZ MIGUEL ANGEL	$ 118,800.00
CUIL 20398832516	OYARZO HEBER SIMON	$ 118,800.00
CUIL 20235950759	OÑATE CEFERINO LEONEL	$ 118,800.00
CUIL 20233898113	PAEZ SERGIO DAVID	$ 118,800.00
CUIL 20926564332	PAILLAN ARTEAGA HECTOR DULIO	$ 118,800.00
CUIL 20410941253	PAVEZ RIVERA ADRIAN ALBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20236533841	PINEDA RENE ALBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20303989413	PINTO JORGE ARIEL	$ 118,800.00
CUIL 20398830157	PIRAPE PACHECO FABIAN FRANCO	$ 118,800.00
CUIL 23348075039	PLA RICARDO ERNESTO	$ 118,800.00
CUIL 27287029298	PLAZA MEDRANO PAOLA ESTER	$ 118,800.00
CUIL 20302842133	PORCEL ZALAZAR GUSTAVO OMAR	$ 118,800.00
CUIL 20309728220	QUIROGA MARCELO HUGO	$ 118,800.00
CUIL 20244131078	RAMIREZ GUSTAVO ALEJANDRO	$ 118,800.00
CUIL 23267062749	REINADO JUAN JOSE	$ 118,800.00
CUIL 27348695121	REINOSO NATALIA GABRIELA	$ 118,800.00
CUIL 20404414780	RENGIFO CRESPIN	$ 118,800.00
CUIL 20392067885	REYNAGA DANIEL HERNAN	$ 118,800.00
CUIL 20325377047	RIOS LUIS MARCELO	$ 118,800.00
CUIL 20342843507	ROCA ANGEL GONZALO	$ 118,800.00
CUIL 20291093834	RODRIGUEZ ALBERTO DANIEL	$ 118,800.00
CUIL 20348697405	RODRIGUEZ HECTOR GABRIEL	$ 118,800.00
CUIL 20203525126	RODRIGUEZ HECTOR HUMBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20355666604	RODRIGUEZ HECTOR ROLANDO	$ 118,800.00
CUIL 20160678934	RODRIGUEZ HUGO	$ 118,800.00
CUIL 20401246119	RODRIGUEZ JOSE GABRIEL	$ 118,800.00
CUIL 20334748740	RODRIGUEZ JUAN ALBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20392068008	RODRIGUEZ LUCAS RICARDO	$ 118,800.00
CUIL 20218191682	RODRIGUEZ MANUEL	$ 118,800.00
CUIL 27409860805	RODRIGUEZ MARIA SOLEDAD	$ 118,800.00
CUIL 27367377203	RODRIGUEZ PAMELA BEATRIZ	$ 118,800.00
CUIL 20234840739	RODRIGUEZ RAUL	$ 118,800.00

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

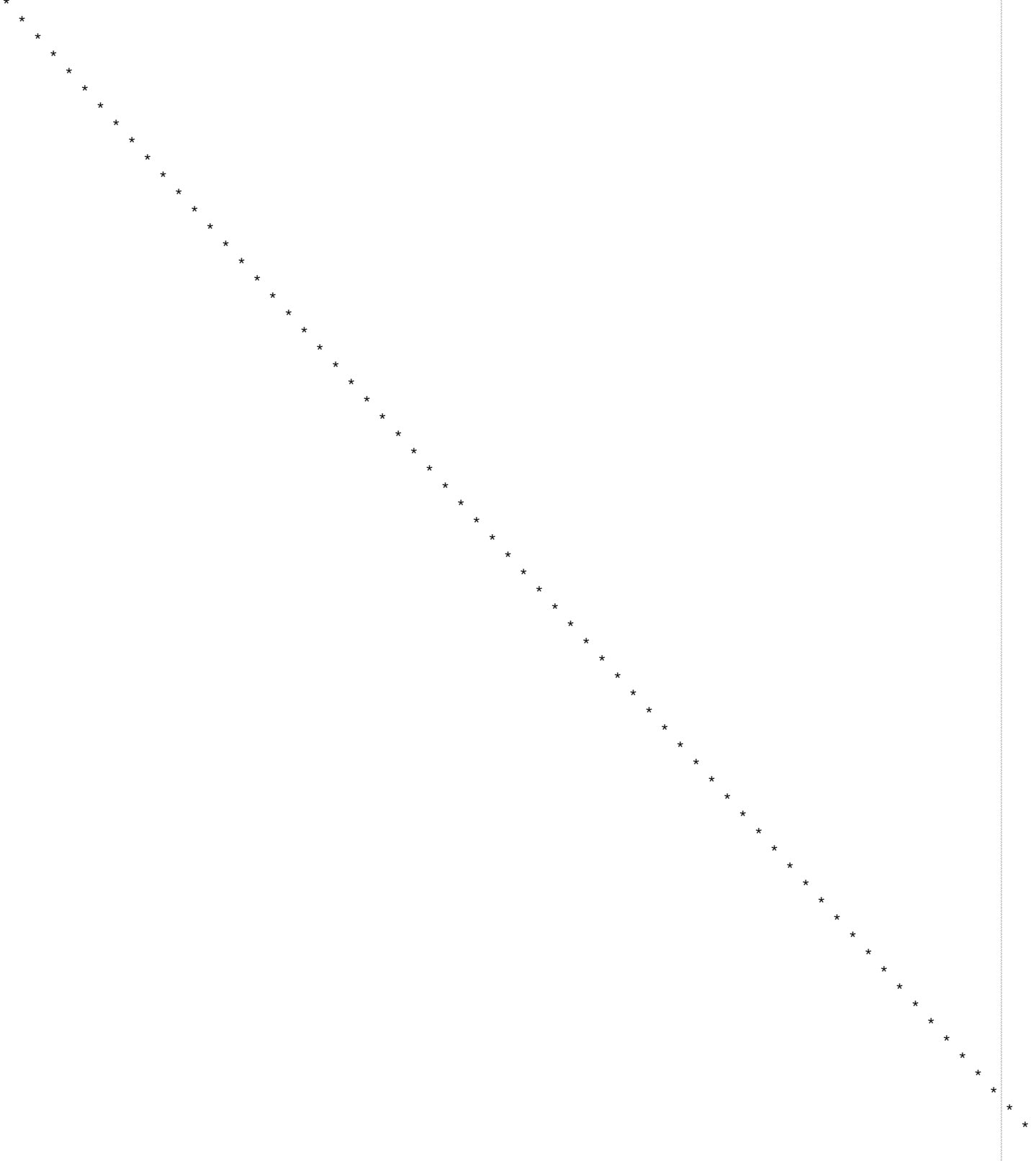
Detalle De Personas y Sumas Amparadas

DNI/CUIL	Apellido y Nombre	Suma Asegurada
CUIL 20325375206	ROJAS CARLOS SEGUNDO	$ 118,800.00
CUIL 20949464564	SALAZAR HINOJOSA CHARLY JUNIOR	$ 118,800.00
CUIL 20334749844	SANDOVAL LEONARDO IVAN	$ 118,800.00
CUIL 20263688911	SAYAGO NAZARENO FEDERICO MARIANO	$ 118,800.00
CUIL 20188542566	SEGOVIA CAZON LEODAN	$ 118,800.00
CUIL 20187836981	SEGOVIA JUAN CARLOS	$ 118,800.00
CUIL 20188274154	SEGOVIA OSCAR ROBERTO	$ 118,800.00
CUIL 27398831522	SEGUEL ALVAREZ JAZMIN GRISEL	$ 118,800.00
CUIL 20326841561	SOLIZ JOSE ANTONIO	$ 118,800.00
CUIL 20176832461	SOSA HUGO FELIPE	$ 118,800.00
CUIL 20348697278	SOSA LUIS ALBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20203525797	SOSA SANTIAGO OSCAR	$ 118,800.00
CUIL 20258928246	SUBELZA LUIS NOLBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20246380318	TARQUI GUILLERMO ROLANDO	$ 118,800.00
CUIL 20351531933	TOLABA LUCIANO ANDRES	$ 118,800.00
CUIL 20260550676	TORRES LUIS ALBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20254427269	TORRES MIGUEL ANGEL	$ 118,800.00
CUIL 20308390919	TRUJILLO DARIO EMANUEL	$ 118,800.00
CUIL 20333279445	URTIZBEREA DIEGO SAMUEL	$ 118,800.00
CUIL 20187284148	VALDEZ CARLOS JUVENAL	$ 118,800.00
CUIL 20329430511	VALLEJO FERNANDO SAUL	$ 118,800.00
CUIL 20320863415	VARAS DANIEL ALBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20171851506	VARAS RAMON ALBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20270577009	VARAS ROQUE MARCELO	$ 118,800.00
CUIL 23941827489	VASQUEZ VASQUEZ ROBINSON SAMUEL	$ 118,800.00
CUIL 20187824711	VELAZQUEZ EMILIANO ALBERTO	$ 118,800.00
CUIL 20233227367	VERA SERGIO ANTONIO	$ 118,800.00
CUIL 27417346711	VERGARA CANDELA ELIZABETH	$ 118,800.00
CUIL 20365901946	VIDAL WALTER JAVIER	$ 118,800.00
CUIL 20190799604	VIDAURRE VARGAS ABEL JUSTINO	$ 118,800.00
CUIL 27232540937	VIDELA MARCELA ALEJANDRA	$ 118,800.00
CUIL 23203525109	VIDELA NESTOR FABIAN	$ 118,800.00
CUIL 23333753839	VILDOZA GABRIEL OMAR	$ 118,800.00
CUIL 20226425285	VILLARROEL RAMON OSVALDO	$ 118,800.00
CUIL 27353893586	YADON MARIA FLORENCIA	$ 118,800.00

Detalle De Personas y Sumas Amparadas

DNI/CUIL	Apellido y Nombre	Suma Asegurada
CUIL 20187567891	YURQUINA CRUZ NICOLAS HECTOR	$ 118,800.00

Total de Asegurados : 176 Suma Asegurada Total de la nómina : 20,908,800.00



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

KEWEBDXPXXKE69052061-171221161033

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

REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO

DECRETO Nº 1567/74

CAPITULO I

Póliza nro.: 50.525.193

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.: 50.525.193

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.

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

2-903-0050525193-000007

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
50.525.193	01-01-2022	31-12-2022	EMISION POLIZA	000007	50.525.193	531.903
			Póliza Anterior: 50.471.098	Cantidad de Cuotas: 12		
			Frecuencia de Pago: Por Mes			

1 - CONTRATANTE / TOMADOR

MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S.R.L.
CUIT 30710229224
B° INDUSTRIAS N°: 0 (9015) PICO TRUNCADO-CRU - SANTA CRUZ
RAMO O ACTIVIDAD: SIN ESPECIFICAR N° Teléfono: NC
(SIN ESPECIFICAR)

2 - CAPITALES A ASEGURAR Y COBERTURA

Capital: $ 181500.-

Cobertura: Fallecimiento.

PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO: $ 37.21 Cantidad de Asegurados: 160

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.

FDBFEF9748 874FF66DD16205052519 3

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

Agencia : 8960 - BORRACER, EDUARDO AN
AV B RIVADAVIA N°: 239 D1 Matrícula: 65179
(901500) PICO TRUNCADO-CRU - SANTA CRUZ

Zona : 89 - ESPINOSA, HECTOR EDU
MALACARA N°: 124 Matrícula: 30223
(910000) TRELEW-CHB - CHUBUT

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: MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S.R.L.

N° de Póliza : 50,525,193 N° Expediente : 531,903

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 20398829914	ABAD BALVERDI BRIAN	$ 181,500.00
CUIL 23321744419	ALONSO D ALESSANDRO LEANDRO MAXIMILIANO	$ 181,500.00
CUIL 20269229234	ALONSO JULIO RODOLFO	$ 181,500.00
CUIL 20302524786	ARANCIBA ORESTE LUCAS DANIEL	$ 181,500.00
CUIL 20249689824	ARAOZ ARNALDO ANDRES	$ 181,500.00
CUIL 20365572187	ARIAS DANIEL ALEJANDRO	$ 181,500.00
CUIL 27289795206	ARRIAGADA SANDRA ELIZABETH	$ 181,500.00
CUIL 27941386011	BARRIA COLIVORO VIVIANA ALEJANDRA	$ 181,500.00
CUIL 23350617469	BARRIOS JOSE ALEJANDRO	$ 181,500.00
CUIL 20171851883	BURGOS FELIX WALTER	$ 181,500.00
CUIL 27398832634	BUSTOS MONICA GABRIELA	$ 181,500.00
CUIL 20324892231	CABALLERO ANGEL DAMIAN	$ 181,500.00
CUIL 23226320199	CABRERA MARCOS ESTEBAN	$ 181,500.00
CUIL 20953055199	CALANI COLQUE ROMMEL	$ 181,500.00
CUIL 20369144546	CALHUANTE LEFIMI ISAIAS MATIAS	$ 181,500.00
CUIL 23355667529	CAMPANO EMIL JAVIER	$ 181,500.00
CUIL 20376642527	CARDOZO CARLOS GABRIEL	$ 181,500.00
CUIL 20331676439	CARMONA ADAN LEONARDO	$ 181,500.00
CUIL 20312984084	CASTILLO LOPEZ JOSE GERMAN	$ 181,500.00
CUIL 20926708423	CASTILLO MUÑOZ GERMAN FLORENCIO	$ 181,500.00
CUIL 20314430876	CASTILLO PABLO LEONARDO	$ 181,500.00
CUIL 20348698576	CASTRO MARCELO SEBASTIAN	$ 181,500.00
CUIL 20398828284	CEJAS ELIAS DAVID	$ 181,500.00
CUIL 20220551815	CHAVEZ SERGIO CRISTIAN	$ 181,500.00
CUIL 20326980286	COCHA EZEQUIEL AGUSTIN	$ 181,500.00
CUIL 20404821890	CONTRERAS DIAZ ANDRES AGUSTIN	$ 181,500.00
CUIL 20382224672	CONTRERAS DIAZ FERNANDO EXEQUIEL	$ 181,500.00
CUIL 23172186769	CRISTALDO RICARDO DIVINO	$ 181,500.00
CUIL 23348696874	CRIVELLI DIANA LUCIA	$ 181,500.00

Detalle De Personas y Sumas Amparadas

DNI/CUIL	Apellido y Nombre	Suma Asegurada
CUIL 20397828566	CRUZ NICOLAS IGNACIO	$ 181,500.00
CUIL 20946540383	CUYUL SANCHEZ IVAN RODRIGO	$ 181,500.00
CUIL 20232863596	DALLE ORE JUAN RAMON	$ 181,500.00
CUIL 20346391929	DELGADILLO LEONARDO MAXIMILIANO	$ 181,500.00
CUIL 20317741023	ECHEVERRIA JORGE DAMIAN	$ 181,500.00
CUIL 20388049708	ENDARA MARIANO ADRIAN	$ 181,500.00
CUIL 20265463186	ESPINDOLA ALEJANDRO JAVIER	$ 181,500.00
CUIL 20389482251	ESPINDOLA NICOLAS EZEQUIEL	$ 181,500.00
CUIL 20241216005	FERNANDEZ ANGEL ALEJANDRO	$ 181,500.00
CUIL 23239219039	FERNANDEZ CRISTIAN ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20295881128	FIGUEROA BACHMANN WILLIAM ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20144598203	FLORES JUAN ROBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20355665136	FLORES SERGIO MAXIMILIANO	$ 181,500.00
CUIL 20336627789	FRANCO HECTOR ANIBAL	$ 181,500.00
CUIL 20286205888	GALINDEZ ENRIQUE MIGUEL	$ 181,500.00
CUIL 20951310221	GARCIA BENITES JORGE MIGUEL	$ 181,500.00
CUIL 20942010444	GARCIA QUIROGA JORGE EDUARDO	$ 181,500.00
CUIL 20356834241	GARNICA FERNANDO MATIAS	$ 181,500.00
CUIL 20367376040	GARRIDO DIEGO GABRIEL	$ 181,500.00
CUIL 20343934646	GASTALDI ALFREDO JESUS	$ 181,500.00
CUIL 20313662285	GIL ARIEL OSVALDO	$ 181,500.00
CUIL 20325376148	GODOY DIEGO DANIEL	$ 181,500.00
CUIL 20204023221	GODOY PABLO GERMAN	$ 181,500.00
CUIL 20310954404	GONZALEZ ALEJANDRO	$ 181,500.00
CUIL 27367375162	GONZALEZ DAIANA MARIEL	$ 181,500.00
CUIL 20229573471	GONZALEZ HERNAN PABLO	$ 181,500.00
CUIL 20323286702	GRANCE JUAN ARNALDO	$ 181,500.00
CUIL 20240928842	GUERRERO RUBEN ARIEL	$ 181,500.00
CUIL 20376643272	GUILQUERUCA AGUILAR CARLOS LEONEL	$ 181,500.00
CUIL 27252722586	GUZMAN BEATRIZ ALEJANDRA	$ 181,500.00
CUIL 20387937928	GUZMAN LUIS EDUARDO	$ 181,500.00
CUIL 27233598416	HAROS MONICA BEATRIZ	$ 181,500.00
CUIL 23320863694	HERNANDEZ MARIA JOSE	$ 181,500.00
CUIL 20387935089	HERNANDEZ PABLO EZEQUIEL	$ 181,500.00
CUIL 20348694759	HUERTAS ALEXIS DANIEL	$ 181,500.00
CUIL 20287026235	IDIARTE CARLOS LEONARDO	$ 181,500.00
CUIL 20310828441	IDIARTE FERNANDO ARIEL	$ 181,500.00
CUIL 27348698872	IMPAGLIAZZO NANCY MELANI ELIZABETH	$ 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 20419593177	IRIGOYEN LEONEL ADRIEL	$ 181,500.00
CUIL 20220604900	LABANDEIRA DIEGO EDUARDO	$ 181,500.00
CUIL 20363282092	LAMBERTI FRANCO ABEL	$ 181,500.00
CUIL 20218190791	LEFIN JORGE RAFAEL	$ 181,500.00
CUIL 20398654480	LEZCANO HERMENEGILDO DANIEL	$ 181,500.00
CUIL 20431582466	LLANOS DANILO URIEL	$ 181,500.00
CUIL 20951269078	LLAUCA COLIVORO CARLOS ROGELIO	$ 181,500.00
CUIL 23301939329	LOPEZ CRISTIAN MIGUEL	$ 181,500.00
CUIL 27367092853	LOPEZ DEBORAH JOHANA	$ 181,500.00
CUIL 20160678306	MALDONADO MIGUEL ANGEL	$ 181,500.00
CUIL 20240963729	MANQUEMILLA JOSE ARGENTINO	$ 181,500.00
CUIL 20355665020	MANSILLA HUGO GUSTAVO	$ 181,500.00
CUIL 20236353800	MARIO ANTONIO RENE	$ 181,500.00
CUIL 27356643769	MARTINEZ ESTEFANIA SOLEDAD	$ 181,500.00
CUIL 20355668534	MARTINEZ FRANCO MARIO	$ 181,500.00
CUIL 20320865221	MARTINEZ GUILLERMO PATRICIO	$ 181,500.00
CUIL 20376640397	MAZA JORDAN DANIEL	$ 181,500.00
CUIL 20232415011	MENDOZA CLAUDIO	$ 181,500.00
CUIL 20171850267	MESA ANTONIO DEL CARMEN	$ 181,500.00
CUIL 20238118248	MESINA HECTOR EDGARDO	$ 181,500.00
CUIL 20268572997	MILLAN GABRIEL ALEJANDRO	$ 181,500.00
CUIL 20313661602	MILLAN GASTON ADRIAN	$ 181,500.00
CUIL 20284546343	MILLAN PABLO MARTIN	$ 181,500.00
CUIL 20209352703	MIRANDA CLAUDIO ALEJANDRO	$ 181,500.00
CUIL 20241548172	MIRANDA JUAN RAMON	$ 181,500.00
CUIL 20336690502	MOLINA FACUNDO EXEQUIEL	$ 181,500.00
CUIL 20129306085	MOLINA ROMERO JOSE CRUZ	$ 181,500.00
CUIL 20361820313	MORALES SEBASTIAN MOISES	$ 181,500.00
CUIL 23190518299	MURUCHI AIZA JUAN	$ 181,500.00
CUIL 20313353614	NAVARRO EDGARDO ANDRES	$ 181,500.00
CUIL 20243025959	NIEVA HUGO MARCELO	$ 181,500.00
CUIL 20327133781	ORTIZ MIGUEL ANGEL	$ 181,500.00
CUIL 20233898113	PAEZ SERGIO DAVID	$ 181,500.00
CUIL 20410941253	PAVEZ RIVERA ADRIAN ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20223289879	PAZ ROQUE MAMERTO	$ 181,500.00

Detalle De Personas y Sumas Amparadas

DNI/CUIL	Apellido y Nombre	Suma Asegurada
CUIL 20303989413	PINTO JORGE ARIEL	$ 181,500.00
CUIL 20398830157	PIRAPE PACHECO FABIAN FRANCO	$ 181,500.00
CUIL 27287029298	PLAZA MEDRANO PAOLA ESTER	$ 181,500.00
CUIL 20244131078	RAMIREZ GUSTAVO ALEJANDRO	$ 181,500.00
CUIL 20404414780	RENGIFO CRESPIN	$ 181,500.00
CUIL 20392067885	REYNAGA DANIEL HERNAN	$ 181,500.00
CUIL 20325377047	RIOS LUIS MARCELO	$ 181,500.00
CUIL 20287025395	ROBLES JOSE LEONARDO	$ 181,500.00
CUIL 20342843507	ROCA ANGEL GONZALO	$ 181,500.00
CUIL 20291093834	RODRIGUEZ ALBERTO DANIEL	$ 181,500.00
CUIL 20348697405	RODRIGUEZ HECTOR GABRIEL	$ 181,500.00
CUIL 20203525126	RODRIGUEZ HECTOR HUMBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20355666604	RODRIGUEZ HECTOR ROLANDO	$ 181,500.00
CUIL 20160678934	RODRIGUEZ HUGO	$ 181,500.00
CUIL 20401246119	RODRIGUEZ JOSE GABRIEL	$ 181,500.00
CUIL 20334748740	RODRIGUEZ JUAN ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20392068008	RODRIGUEZ LUCAS RICARDO	$ 181,500.00
CUIL 20218191682	RODRIGUEZ MANUEL	$ 181,500.00
CUIL 27409860805	RODRIGUEZ MARIA SOLEDAD	$ 181,500.00
CUIL 27367377203	RODRIGUEZ PAMELA BEATRIZ	$ 181,500.00
CUIL 20234840739	RODRIGUEZ RAUL	$ 181,500.00
CUIL 20325375206	ROJAS CARLOS SEGUNDO	$ 181,500.00
CUIL 23392068899	ROJAS RODRIGO EZEQUIEL	$ 181,500.00
CUIL 20949464564	SALAZAR HINOJOSA CHARLY JUNIOR	$ 181,500.00
CUIL 20334749844	SANDOVAL LEONARDO IVAN	$ 181,500.00
CUIL 23186227719	SARRIA HUGO FLORENTINO	$ 181,500.00
CUIL 20263688911	SAYAGO NAZARENO FEDERICO MARIANO	$ 181,500.00
CUIL 20188542566	SEGOVIA CAZON LEODAN	$ 181,500.00
CUIL 20187836981	SEGOVIA JUAN CARLOS	$ 181,500.00
CUIL 20188274154	SEGOVIA OSCAR ROBERTO	$ 181,500.00
CUIL 27398831522	SEGUEL ALVAREZ JAZMIN GRISEL	$ 181,500.00
CUIL 20371455427	SILVA NICOLAS ANDRES	$ 181,500.00
CUIL 20326841561	SOLIZ JOSE ANTONIO	$ 181,500.00
CUIL 20176832461	SOSA HUGO FELIPE	$ 181,500.00
CUIL 20348697278	SOSA LUIS ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20203525797	SOSA SANTIAGO OSCAR	$ 181,500.00
CUIL 20258928246	SUBELZA LUIS NOLBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20246380318	TARQUI GUILLERMO ROLANDO	$ 181,500.00

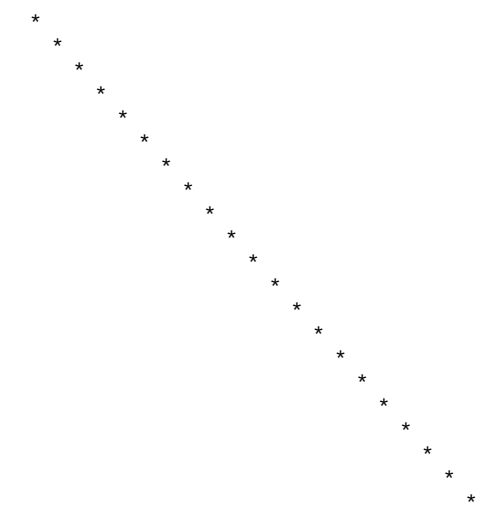
La segunda PERSONAS
COMPAÑIA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

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 20260550676	TORRES LUIS ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20254427269	TORRES MIGUEL ANGEL	$ 181,500.00
CUIL 20250659165	UBILLA ROLANDO CARLOS	$ 181,500.00
CUIL 20333279445	URTIZBEREA DIEGO SAMUEL	$ 181,500.00
CUIL 20187284148	VALDEZ CARLOS JUVENAL	$ 181,500.00
CUIL 20329430511	VALLEJO FERNANDO SAUL	$ 181,500.00
CUIL 20320863415	VARAS DANIEL ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20171851506	VARAS RAMON ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20270577009	VARAS ROQUE MARCELO	$ 181,500.00
CUIL 23941827489	VASQUEZ VASQUEZ ROBINSON SAMUEL	$ 181,500.00
CUIL 20187824711	VELAZQUEZ EMILIANO ALBERTO	$ 181,500.00
CUIL 20233227367	VERA SERGIO ANTONIO	$ 181,500.00
CUIL 27417346711	VERGARA CANDELA ELIZABETH	$ 181,500.00
CUIL 20365901946	VIDAL WALTER JAVIER	$ 181,500.00
CUIL 20190799604	VIDAURRE VARGAS ABEL JUSTINO	$ 181,500.00
CUIL 27232540937	VIDELA MARCELA ALEJANDRA	$ 181,500.00
CUIL 23203525109	VIDELA NESTOR FABIAN	$ 181,500.00
CUIL 23333753839	VILDOZA GABRIEL OMAR	$ 181,500.00
CUIL 20226425285	VILLARROEL RAMON OSVALDO	$ 181,500.00
CUIL 20187567891	YURQUINA CRUZ NICOLAS HECTOR	$ 181,500.00

Total de Asegurados : 160 Suma Asegurada Total de la nómina : 29,040,000.00



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

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.:** 50525193

Empleador:	MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S	CUIT	30710229224		
Calle:	B° INDUSTRIAS	Nro.:	0	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	901500	Localidad:	PICO TRUNCADO-CRU	Pcia.:	SANTA CRUZ

Apellido y Nombre:	ALONSO JULIO RODOLFO		
Tipo de Documento:	CUIL	Nro.:	20269229234

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, 28 de Abril 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.:** 50525193

Empleador: MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S CUIT 30710229224
Calle: B° INDUSTRIAS Nro.: 0 Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 901500 Localidad: PICO TRUNCADO-CRU Pcia.: SANTA CRUZ

Apellido y Nombre: CARDOZO CARLOS GABRIEL
Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20376642527

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, 28 de Abril de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEWEBDXPXXKE74203955-280422110957

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.:** 50525193

Empleador: MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S — CUIT 30710229224

Calle: B° INDUSTRIAS — Nro.: 0 — Piso: — Dpto.:

Cód. Postal: 901500 — Localidad: PICO TRUNCADO-CRU — Pcia.: SANTA CRUZ

Apellido y Nombre: DELGADILLO LEONARDO MAXIMILIANO

Tipo de Documento: CUIL — Nro.: 20346391929

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, 28 de Abril 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.:** 50525193

Empleador: MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S CUIT 30710229224

Calle: B° INDUSTRIAS Nro.: 0 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 901500 Localidad: PICO TRUNCADO-CRU Pcia.: SANTA CRUZ

Apellido y Nombre: FLORES SERGIO MAXIMILIANO

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20355665136

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, 28 de Abril 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.:** 50525193

Empleador:	MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S	CUIT	30710229224		
Calle:	B° INDUSTRIAS	Nro.:	0	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	901500	Localidad:	PICO TRUNCADO-CRU	Pcia.:	SANTA CRUZ

Apellido y Nombre:	IMPAGLIAZZO NANCY MELANI ELIZABETH		
Tipo de Documento:	CUIL	Nro.:	27348698872

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, 28 de Abril 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.:** 50525193

Empleador:	MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S	CUIT	30710229224		
Calle:	B° INDUSTRIAS	Nro.:	0	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	901500	Localidad:	PICO TRUNCADO-CRU	Pcia.:	SANTA CRUZ

Apellido y Nombre:	LOPEZ DEBORAH JOHANA		
Tipo de Documento:	CUIL	Nro.:	27367092853

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, 28 de Abril 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.:** 50525193

Empleador: MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S CUIT 30710229224

Calle: B° INDUSTRIAS Nro.: 0 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 901500 Localidad: PICO TRUNCADO-CRU Pcia.: SANTA CRUZ

Apellido y Nombre: MESA ANTONIO DEL CARMEN

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20171850267

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, 28 de Abril de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEWEBDXPXXKE74203955-280422110957

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.:** 50525193

Empleador:	MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S	CUIT	30710229224		
Calle:	B° INDUSTRIAS	Nro.:	0	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	901500	Localidad:	PICO TRUNCADO-CRU	Pcia.:	SANTA CRUZ

Apellido y Nombre:	PAZ ROQUE MAMERTO		
Tipo de Documento:	CUIL	Nro.:	20223289879

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, 28 de Abril 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.:** 50525193

Empleador: MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S CUIT 30710229224

Calle: B° INDUSTRIAS Nro.: 0 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 901500 Localidad: PICO TRUNCADO-CRU Pcia.: SANTA CRUZ

Apellido y Nombre: ROBLES JOSE LEONARDO

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 20287025395

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, 28 de Abril de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEWEBDXPXXKE74203955-280422110957

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.:** 50525193

Empleador: MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S — CUIT 30710229224

Calle: B° INDUSTRIAS — Nro.: 0 — Piso: — Dpto.:

Cód. Postal: 901500 — Localidad: PICO TRUNCADO-CRU — Pcia.: SANTA CRUZ

Apellido y Nombre: ROJAS RODRIGO EZEQUIEL

Tipo de Documento: CUIL — Nro.: 23392068899

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, 28 de Abril de 2022

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEWEBDXPXXKE74203955-280422110957

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.:** 50525193

Empleador: MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S CUIT 30710229224

Calle: B° INDUSTRIAS Nro.: 0 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 901500 Localidad: PICO TRUNCADO-CRU Pcia.: SANTA CRUZ

Apellido y Nombre: SARRIA HUGO FLORENTINO

Tipo de Documento: CUIL Nro.: 23186227719

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, 28 de Abril 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.:** 50525193

Empleador:	MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S	CUIT	30710229224		
Calle:	B° INDUSTRIAS	Nro.:	0	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	901500	Localidad:	PICO TRUNCADO-CRU	Pcia.:	SANTA CRUZ

Apellido y Nombre:	SILVA NICOLAS ANDRES		
Tipo de Documento:	CUIL	Nro.:	20371455427

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, 28 de Abril 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.:** 50525193

Empleador: MONTAJE Y SOLDADURA DON JOSE S — CUIT 30710229224

Calle: B° INDUSTRIAS — Nro.: 0 — Piso: — Dpto.:

Cód. Postal: 901500 — Localidad: PICO TRUNCADO-CRU — Pcia.: SANTA CRUZ

Apellido y Nombre: UBILLA ROLANDO CARLOS

Tipo de Documento: CUIL — Nro.: 20250659165

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, 28 de Abril 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.: 50.525.193

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.: 50.525.193

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.

Montajes y Soldaduras Don José S.R.L

Santiago del Estero 48, Pico Truncado

CUIT: 30 - 71022922 – 4

Pico Truncado, 06 de Mayo del 2022

Mediante la presente se informa que en el contrato firmado con la operadora *Pan American Energy SL Sucursal Argentina* no se contempla Póliza de Responsabilidad Civil.

Sin otro particular, Atte.

Montajes y Soldaduras
Don José S.R.L.
Hugo Rodriguez
Socio Gerente