Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión
C.A.B.A	24/05/2022

Compañía Aseguradora	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.
Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A	106249	

Nombre y Apellido
Matias Nahuel Fratoni

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)
DNI	34571046		23-34571046-9

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
20/06/1989	01/04/2014	**$ 181.500**

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.
Miguel Cane	2878	-	-	1754

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por:
San Justo	Buenos Aires	1564208924	mfratoni@soluciones-ar.com.a	☐ Teléfono ☑ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.
Soluciones Tecnológicas de la Inforr	Maipu	1252	3	

Localidad	Provincia	C.P.
C.A.B.A	Buenos Aires	1006

COPIA PARA EL ASEGURADO

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar Beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad).

En 24 , a los 05 días del mes de mayo del año 20 22

Firme aquí — Firma del Asegurado (o impresión digital)

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 1.567/74 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.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

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

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 1.567/74 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, solo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1.567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN DEL 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
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.

Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio. Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o los reglados por los artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241, o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL ASEGURADO

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión
C.A.B.A	24/05/2022

Compañía Aseguradora	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.
Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A		

Nombre y Apellido
Matias Nahuel Fratoni

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)
DNI	34571046		23-34571046-9

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
20/06/1989	01/04/2014	**$ 181.500**

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.
Miguel Cane	2878	-	-	1754

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por:
San Justo	Buenos Aires	1564208924	mfratoni@soluciones-ar.com.a	☐ Teléfono ☑ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.
Soluciones Tecnológicas de la Inforr	Maipu	1252	3	

Localidad	Provincia	C.P.
C.A.B.A	Buenos Aires	1006

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar Beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad).

En 24 , a los 05 días del mes de mayo del año 20 22

Firme aquí — Firma del Asegurado (o impresión digital)

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 1.567/74 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.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

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

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 1.567/74 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, solo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1.567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN DEL 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
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.

Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio. Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o los reglados por los artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241, o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión
	24/05/2022

Compañía Aseguradora	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.
Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A		

Nombre y Apellido
Matias Nahuel Fratoni

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)
DNI	34571046		23-34571046-9

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
20/06/1989	01/04/2014	**$ 181.500**

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.
Miguel Cane	2878	-	-	1754

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por:
San Justo	Buenos Aires	1564208924	mfratoni@soluciones-ar.com.a	☐ Teléfono ☒ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.
Soluciones Tecnológicas de la Inforr	Maipu	1252	3	

Localidad	Provincia	C.P.
C.A.B.A	Buenos Aires	1006

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar Beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad).

En 24 , a los 05 días del mes de mayo del año 20 22

Firme aquí — Firma del Asegurado (o impresión digital)

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 1.567/74 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.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

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

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 1.567/74 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, solo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1.567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN DEL 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
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.

Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio. Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o los reglados por los artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241, o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión
C.A.BA	

Compañía Aseguradora	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.
Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A	106249	

Nombre y Apellido
Rolando Daniel Barrueco

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)
DNI	21670168	RNP	20-21670168-3

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
06/08/1970	04/12/2006	**$ 181.500**

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.
Villegas	1041			1826

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por:
Remedios de	Buenos Aires	011 4242-5031	barruecr@gmail.com	☐ Teléfono ▣ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.
Soluciones Tecnológicas de la Inforr	Maipú	1252	3	

Localidad	Provincia	C.P.
CABA	CABA	

COPIA PARA EL ASEGURADO

Beneficiarios

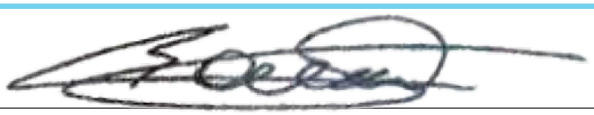
Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%
Sabaris Mariel Alejandra	DNI 23250070	Villegas 1041, Remedios de Es	Conyuge	1	50
Barrueco Sofía Victoria	DNI 46898767	Villegas 1041, Remedios de Es	Hija	2	25
Barrueco Rocío Julieta	DNI 48584213	Villegas 1041, Remedios de Es	Hija	3	25

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar Beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad).

En Buenos Aires , a los 12 días del mes de Mayo del año 20 22

Firme aquí — Firma del Asegurado (o impresión digital)



La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 1.567/74 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.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

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

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 1.567/74 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, solo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1.567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN DEL 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
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.

Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio. Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o los reglados por los artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241, o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL ASEGURADO

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión
C.A.B.A	

Compañía Aseguradora	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.
Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A		

Nombre y Apellido
Rolando Daniel Barrueco

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)
DNI	21670168	RNP	20-21670168-3

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
06/08/1970	04/12/2006	**$ 181.500**

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.
Villegas	1041			1826

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por:
Remedios de	Buenos Aires	011 4242-5031	barruecr@gmail.com	☐ Teléfono ☑ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.
Soluciones Tecnológicas de la Inforr	Maipú	1252	3	

Localidad	Provincia	C.P.
CABA	CABA	

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Beneficiarios

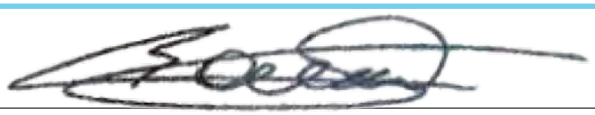
Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%
Sabaris Mariel Alejandra	DNI 23250070	Villegas 1041, Remedios de Es	Conyuge	1	50
Barrueco Sofía Victoria	DNI 46898767	Villegas 1041, Remedios de Es	Hija	2	25
Barrueco Rocío Julieta	DNI 48584213	Villegas 1041, Remedios de Es	Hija	3	25

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar Beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad).

En Buenos Aires , a los 12 días del mes de Mayo del año 20 22

Firme aquí — Firma del Asegurado (o impresión digital)



La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 1.567/74 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.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

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

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 1.567/74 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, solo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1.567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN DEL 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
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.

Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio. Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o los reglados por los artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241, o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión

Compañía Aseguradora	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.
Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A		

Nombre y Apellido
Rolando Daniel Barrueco

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)
DNI	21670168	RNP	20-21670168-3

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
06/08/1970	04/12/2006	**$ 181.500**

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.
Villegas	1041			1826

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por:
Remedios de	Buenos Aires	011 4242-5031	barruecr@gmail.com	☐ Teléfono ☑ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.
Soluciones Tecnológicas de la Inforr	Maipú	1252	3	

Localidad	Provincia	C.P.
CABA	CABA	

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Beneficiarios

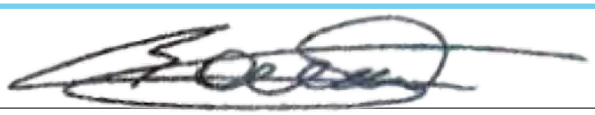
Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%
Sabaris Mariel Alejandra	DNI 23250070	Villegas 1041, Remedios de Es	Conyuge	1	50
Barrueco Sofía Victoria	DNI 46898767	Villegas 1041, Remedios de Es	Hija	2	25
Barrueco Rocío Julieta	DNI 48584213	Villegas 1041, Remedios de Es	Hija	3	25

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar Beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido con anterioridad).

En Buenos Aires , a los 12 días del mes de Mayo del año 20 22

Firme aquí — Firma del Asegurado (o impresión digital)



La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 1.567/74 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.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

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

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 1.567/74 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, solo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1.567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN DEL 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
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.

Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio. Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o los reglados por los artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241, o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A.
Tte. Gral. J.D. Perón 646 - piso 3 - C1038AAN Buenos Aires, Argentina

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO

DECRETO Nº 1.567/74

POLIZA Nº 106249
FECHA DE VIGENCIA: 01/12/2011
VIGENCIA DE LA RENOVACION: 01/12/2021 al 30/11/2022

La compañía aseguradora certifica que el personal en relación de dependencia de:

SOLUCIONES TECNOLOGICAS DE LA INFOR S.A.

Domicilio TUCUMAN 540 - CAPITAL FEDERAL
CUIT 30-70700838-1
Cantidad de vidas aseguradas: 49
Prim 37,21 mensual por cada vida

Conforme a la nómina que obra en poder de esta Compañía, se encuentra cubierto por el seguro de vida obligatorio del decreto N° 1567/74 en el riesgo de muerte y por una suma asegurada equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, sobre cada vida asegurada con sujeción a las disposiciones de la Resolución N° 39.766 dictadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Artículo 2° de la Resolución Nº 35.333/2010 del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas - Superintendencia de Seguros de la Nación: La declaración y/o pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio-Decreto 1567/74 por parte de los Empleadores, regirá a partir de las declaraciones juradas del mes de Enero de 2011, con las mismas modalidades, plazos y condiciones que las establecidas para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social; utilizando a tal efecto la versión del aplicativo del Sistema de Cálculo de las Obligaciones de la Seguridad Social (SICOSS) que establezca la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS y que se encuentre vigente en el mencionado mes para la confección de las mismas.

Artículo 11° de la Resolución N° 35.333/2010 - Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 del Ministerio de Economía de la Nación los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes: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 articulo 2° y lo determinado en el artículo 6° de la resolución que aprueba el presente reglamento. Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con el Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el artículo 1° del Decreto-Ley 326/56, 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.
El incumplimiento del pago del premio generará la suspensión de la cobertura de acuerdo a lo indicado en el Articulo N° 13 del nuevo Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74.

El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el Asegurador cuando se emita o renueve una póliza. El Tomador - Empleador, cuando corresponda, declarará y abonará el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS.

En fe de lo expuesto, la Compañía extiende el presente contrato en la Ciudad Autónomo de Buenos Aires
al 27 de mayo de 2022

Juan Lladó
CEO

NOTA: El presente certificado tendrá plena validez si se encuentre al día el pago de las respectivas primas mediante comprobante fehaciente que lo acredite.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Productor: MC. LEAN Y ASOCIADOS, Matricula Nº: 749

REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO Nº 1.567/74

CAPITULO 1

DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1.567/74

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

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

ARTÍCULO 3 - PRESTACIÓN: La prestación establecida por el Decreto N° 1.567/74 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 mas de un empleador, solo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

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

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

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

ARTÍCULO 7 - SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN DE LA PÓLIZA - NÓMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:
Solicitud del Seguro: Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:
a) Copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", ambos a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP); b) Constancia de baja de la cobertura correspondiente al período anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay en caso de corresponder, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período. A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación". Cuando el tomador empleador - contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Única de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener esta nómina actualizada con las altas y bajas producidas. Emisión y entrega de Póliza - Fecha de inicio de vigencia Las aseguradoras emitirán las pólizas en donde la fecha de inicio de vigencia sea coincidente con el primer día del mes calendario. Esto también es aplicable a las renovaciones. Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los QUINCE (15) días de celebrado el contrato. Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en -su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74" Y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC). No obstante lo indicado precedentemente, los datos de las pólizas emitidas deberán exhibirse a través de la página web de la compañía a fin de que los empleadores-tomadores accedan de manera ágil y rápida a los mismos. A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique: a) Aseguradora donde se encuentre vigente la cobertura, domicilio, teléfonos y dirección electrónica; b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo i) del presente; c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SSN, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica. El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo un tamaño de SESENTA Centímetros (60 cm.) de alto por CUARENTA y CINCO Centímetros (45 cm.) de ancho. Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los página 2 de 20 tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos UN (1) afiche por cada establecimiento. La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores - tomadores del seguro, quienes expondrán al menos UNO (1) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores. Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción. Es de exclusiva responsabilidad del empleador-tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

ARTÍCULO 8 - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS: Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios. La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación, a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los QUINCE (15) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios", que como Anexo ii) forma parte del presente. En el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado. En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241. A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido. El comprobante de Incorporación al seguro y de Designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado. El Original y Duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado. El asegurador que pagare conforme a los establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTÍCULO 9 - VIGENCIA - PERÍODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD - TRASPASO DE ASEGURADORA:
Únicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá TREINTA (30) días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha. Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora CERO (O) del trigésimo primer día posterior a la solicitud del seguro. Las aseguradoras al emitir las pólizas correspondientes por inicio de actividades de los empleadores, deberán tomar en consideración lo establecido en el Artículo 7° del presente Anexo. En el caso en que el tomador hubiera contratado la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio- Decreto N° 1567/74 en una entidad aseguradora y: a) Resolviera contratarla con otra, existiendo continuidad asegurativa no le alcanza el plazo de carencia mencionado en el presente artículo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los Artículos 7° y 8° del presente Reglamento. b) Durante la vigencia de la misma, decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del día primero del mes calendario siguiente a la baja de la anterior cobertura. Para emitir la póliza, la nueva entidad aseguradora deberá exigir al tomador- empleador una constancia de baja de cobertura, emitida por la anterior aseguradora desde el Sistema Kausay, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo periodo. La responsabilidad del asegurador comienza a la hora CERO (O) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a las VEINTICUATRO (24) horas del último día de vigencia estipulado.

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

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

ARTÍCULO 12 - DISTRIBUCIÓN DE RECAUDACIÓN: 12.1. Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la AFIP serán transferidos a las aseguradoras a las cuentas bancarias que éstas establezcan. A tal efecto, las aseguradoras, a través de una nota firmada por personal de la entidad autorizado a tal fin, deberán informar a la SSN los datos correspondientes a la cuenta bancaria del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN N° 2434 del 6 de mayo de 2010. La mencionada nota deberá contener como mínimo los siguientes datos: titular de la cuenta bancaria, número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal y clave bancaria universal, debiendo ser acompañada de una certificación emitida por la entidad bancaria en la que conste que la misma está libre de inhibiciones y embargos. Las aseguradoras que en el futuro comiencen a operar en este Seguro, deberán dar cumplimiento a lo establecido en el presente artículo antes de iniciar la comercialización del mencionado seguro. 12.2. La AFIP transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta SSN, el que será confeccionado en base a los datos que las entidades envían al Sistema Informático Kausay y el cual contendrá los datos necesarios para poder proceder a la correcta Superintendencia de Seguros de la Nación. Las aseguradoras que en el futuro comiencen a operar en este Seguro, deberán dar cumplimiento a lo distribución de los conceptos recaudados por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio. 12.3. La AFIP informará en forma diaria a las aseguradoras diversa información respecto de la determinación del pago, las nóminas y los importes acreditados en las Cuentas Bancarias por ellas informadas, mediante la utilización de transferencia electrónica, los que contendrán los siguientes datos: 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 el CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los periodo/s fiscal/es, sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo. La nota deberá ser dirigida a la Gerencia Administrativa de la SSN - Sector SCVO y presentarla personalmente o a través de correo postal en la Avda. Julio A. Roca 721 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.

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

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

ARTÍCULO 15 - LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO: La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios de 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 consideraran beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente según lo reglado por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Articulo 8°. En esta notificación se deberá especificar el monto del especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de 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 de pago del premio; 5) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final; 6) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido; 7) Formulario de Designación de Beneficiarios; 8) En caso de no existir designación de beneficiarios o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta emitida. por la ANSES o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido; 9) Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación: a) 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. Completada la documentación, suministrada por el empleador, beneficiarios y/o derechohabientes, la indemnización deberá abonarse dentro de los QUINCE (15) días siguientes. En ningún caso la aseguradora será responsable del pago del beneficio por el fallecimiento de los trabajadores que no hubiesen sido dados de alta en la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General N° 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General N° 2016/2006) de la AFIP y sus modificatorias. Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante: i) La falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la ANSES conforme lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o testamentarios; ii) Luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago; .En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar: 1) Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave Única de Identificación de Contratos; 2) Certificación por parte de la aseguradora de la vigencia de la cobertura al momento de ocurrencia del siniestro; 3) Copia certificada de toda la documentación que obrare en su poder incluyendo también las constancias que acrediten las comunicaciones y requerimientos efectuados al empleador,beneficiarios designados o posibles herederos; 4) Constancia del depósito en la Caja Compensadora; Las entidades aseguradoras no podrán integrar las sumas debidas en concepto de indemnizaciones de otros seguros de vida con el beneficio instituido por el Decreto N° 1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

ARTÍCULO 16 - SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA: Independiente del pago del premio efectuado por los empleadores, **podrán ser trasladados a la Caja Compensadora bajo ningún concepto los siniestros: a) Que afecten a trabajadores no incluidos en las nominas del tomador, ni los excluidos en el Articulo 2° del presente anexo; b) Que correspondan a pólizas emitidas que no cuenten con la debida Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC); c) Que correspondan a pólizas que si bien 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 Articulo 12 - 12.1 del presente Anexo; e) Que correspondan a pólizas cuyos premios no hayan sido abonados conforme lo establecido en el Articulo 11 del presente Anexo.**

ARTÍCULO 17 - PROHIBICIONES: Se prohíbe a las entidades aseguradoras: 1) Otorgar bonificaciones; 2) Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el artículo 10° del presente reglamento: 3) Efectuar publicidad directa; 4) Rechazar solicitudes presentadas por los empleadores de conformidad a las disposiciones del presente reglamento; 5) Efectuar pagos graciables; 6) Compensar los saldos que arrojen sus declaraciones juradas, con las sumas debidas por la Caja Compensadora por períodos anteriores; 7) Coasegurar y reasegurar.

ARTÍCULO 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.