VIDA OBLIGATORIO

CONSTANCIA DE COBERTURA VIDA OBLIGATORIO

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
LOCOCO, CARLOS MARIA	00077136	00000000	01/04/2022	01/04/2023

Dirección: MARIE CURIE 6286
7600 - MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES

CUIT
20220461433

Tipo de Póliza: VIDA OBLIGATORIO COMUN

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
MUERTE	$ 181.500,00	0

Datos Personales de Asegurado/s

SALVADE FERNANDO OSCAR OSVAL	Tipo y Nº de Documento	CUIL 20183464214
MENDIOLA SERGIO	Tipo y Nº de Documento	CUIL 20215069657
RUIZ PABLO DANIEL	Tipo y Nº de Documento	CUIL 20236471080
GOYENECHE FACUNDO	Tipo y Nº de Documento	CUIL 20311866908
PUGGIONI JUAN IGNACIO	Tipo y Nº de Documento	CUIL 20381296505
BANFI CESAR ERNESTO	Tipo y Nº de Documento	CUIL 23233441759
MENDIOLA MARIA PAZ	Tipo y Nº de Documento	CUIL 27406661437
MAZZOCCA ARIEL MATIAS	Tipo y Nº de Documento	CUIL 20341176094

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 29 de Agosto de 2022

-El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).
-Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
-El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Escaneado con CamScanner

Tomador: LOCOCO, CARLOS MARIA
Domicilio: MARIE CURIE 6286
7600 - MAR DEL PLATA
BUENOS AIRES

Asunto: Bienvenidos a Galeno Seguros S.A.
PÓLIZA Nro: 77136 PLAN: VIDA OBLIGATORIO

Estimado Cliente:

Nos dirigimos a Usted con el fin de informarle que a partir del día 01/04/2022 cuenta con el respaldo de Galeno Seguros.

Su decisión de elegirnos como su Compañía de Seguros nos alienta y compromete a satisfacer sus necesidades a través de coberturas y servicios de la más alta calidad, dentro del marco de un estilo de atención ágil y personalizada.

Ante cualquier inquietud, lo invitamos a visitarnos en www.galenoseguros.com.ar o bien comunicándose vía mail con Servicio al Cliente a la dirección clientes@galenoseguros.com.ar, o llamando de Lunes a Viernes de 9 a 19 horas al 0-800-777-5433.

Sin otro particular, me despido de Usted muy cordialmente, agradeciendo una vez más la confianza depositada en Galeno Seguros.

Cordialmente,

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

GALENO VIDA

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 04/01/2023

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 20 de Abril de 2022

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	77136	0	Desde las 00 Hs. del 01/04/2022 Hasta las 00 Hs. del 01/04/2023

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : LOCOCO, CARLOS MARIA — Cod. Aseg.: 602399

Domicilio : MARIE CURIE 6286

Localidad: 7600 MAR DEL PLATA — Provincia : BUENOS AIRES

CUIT : 20220461433 — Condición de IVA :

PRODUCTOR: 21648 GALENO SEGUROS (SEGURO DIRECTO) **MATRÍCULA N°SSN:** 0 **CASILLERO:**

MODO DE FACTURACIÓN: MENSUAL

Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC) B1C19E5DF5480F4AD88E7B3477136/000

B1C19E5DF5480F4AD88E7B3477136/000

FRENTE DE PÓLIZA

VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

SEGÚN RESOLUCIÓN 38.136 DE LA CIRCULAR SSN REG 226

VIGENCIA: Desde las 00hs del (**) hasta las 00hs del 1 de Mayo de 2022.

FACTURACION CORRESPONDIENTE AL PERIODO: 1 de Abril de 2022 AL 1 de Mayo de 2022.

COBERTURA : MUERTE

CANTIDAD DE RIESGOS CUBIERTOS : 7 VIDA/S.
CAPITAL TOTAL : $ 1.270.500,00.

OTA: LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION ha determinado que a partir del 1 de Abril de 2022 la suma indemnizable por adherente sera igual a $ 181.500,00 (CIENTO OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS PES), con una prima mensual de 0,2050 por cada mil pesos de Capital Asegurado.

* *
* *

MONEDA	PRIMA	REC.ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER.EMISION	SUB TOTAL
$	260,47	0,00	0,00	12,00	272,47

		I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	272,47

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
	15/05/2022

Las condiciones generales anexas y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza.

PÓLIZA RENOVADA

VOB0001

****

Entre GALENO SEGUROS S.A., en adelante "EL ASEGURADOR", y quien se designa con el nombre de "TOMADOR", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las condiciones generales y particulares anexas en esta póliza que forman parte integrante de la misma.
Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (art.12 de la Ley de Seguros).
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.
La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800-777-5433. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.galenoseguros.com.ar
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo 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 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.
PARA CONSULTAS O RECLAMOS, COMUNICARSE CON GALENO SEGUROS S.A. AL 0800-777-5433.

ESTÁ PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR PROVEIDO Nº 120873

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 04/01/2023

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 20 de Abril de 2022

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	77136	0	Desde las 00 Hs. del 01/04/2022 Hasta las 00 Hs. del 01/04/2023

Detalle de Coberturas	Tasa de Prima de Tarifa
MUERTE	2.4600

Detalle de Riesgos

RIESGOS CUBIERTOS

SALVADE, FERNANDO OSCAR	CUIL 20183464214
MENDIOLA, SERGIO	CUIL 20215069657
RUIZ, PABLO DANIEL	CUIL 20236471080
GOYENECHE, FACUNDO	CUIL 20311866908
PUGGIONI, JUAN IGNACIO	CUIL 20381296505
BANFI, CESAR ERNESTO	CUIL 23233441759
MENDIOLA, MARIA PAZ	CUIL 27406661437

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	77136	0	Desde las 00 Hs. del 01/04/2022 Hasta las 00 Hs. del 01/04/2023

CLAUSULAS APLICABLES

REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO
DECRETO Nº 1567/74

VOB0001

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 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.

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 pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

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 la que fije la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION y que figure en el frente de póliza.
- Ajuste de prima: Para el caso de que se estableciera una variación en la prima o suma asegurada, la misma debe comunicarse a las partes involucradas, con la suficiente antelación a fin de proceder a los ajustes que correspondan para su pago.

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 a operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial del 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

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 Unico 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

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	77136	0	Desde las 00 Hs. del 01/04/2022 Hasta las 00 Hs. del 01/04/2023

CLAUSULAS APLICABLES

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 Unico de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Unica 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.
Las aseguradoras adecuarán las pólizas vigentes, para que al momento de su renovación la fecha de inicio de vigencia de las mismas sea coincidente con el día primero del correspondiente mes calendario, mecanismo que también corresponde aplicar a las nuevas pólizas que se emitan en el futuro.
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 Unica de Identificación de Contratos (CUIC).
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 (UNO) 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

Unicamente, 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

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	77136	0	Desde las 00 Hs. del 01/04/2022 Hasta las 00 Hs. del 01/04/2023

CLAUSULAS APLICABLES

una entidad aseguradora y:

) 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 2º y lo determinado en el artículo 6º 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 Unico de Seguridad Social (S.U.S.S.), con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el artículo 1º 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.

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 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 mencionadas, 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 al dictado la presente se encuentren operando en el mencionado seguro, deberán cumplimentar lo requerido en el presente artículo antes del 30 de octubre del corriente año, caso contrario los importes recaudados por la

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	77136	0	Desde las 00 Hs. del 01/04/2022 Hasta las 00 Hs. del 01/04/2023

CLAUSULAS APLICABLES

Administración Federal de Ingresos Públicos serán direccionados a la cuenta bancaria de la Caja Compensadora que posee abierta la Superintendencia de Seguros de la Nación.

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 CUILES declarados
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 período/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 período/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 de Administración y Operaciones de la Superintendencia de Seguros - 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

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.

ARTICULO 14 - COMUNICACION DE ALTAS Y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS

as altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Unico 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 Unico de Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.

Para el caso que el tomador-empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Unico de la Seguridad Social, las altas y bajas deberán 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

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	77136	0	Desde las 00 Hs. del 01/04/2022 Hasta las 00 Hs. del 01/04/2023

CLAUSULAS APLICABLES

bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11º 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, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8 del presente Reglamento.
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 meses de su presentación para la liquidación del siniestro y declaración jurada del cónyuge conforme el artículo 1º Ley 17.562 y que como Anexo iii) forma parte integrante del presente reglamento
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 (patria potestad, tutela o curatela)
10. Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio.
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 Unica 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.

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	77136	0	Desde las 00 Hs. del 01/04/2022 Hasta las 00 Hs. del 01/04/2023

CLAUSULAS APLICABLES

b) que correspondan a pólizas emitidas que no cuenten con la debida Clave Unica de Identificación de Contratos (CUIC).
c) que correspondan a pólizas que si bien posean Clave Unica 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.

GALENO VIDA

COMPROBANTE

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	77136	0	Desde las 00 Hs. del 01/04/2022 Hasta las 00 Hs. del 01/05/2022

Datos del Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : LOCOCO, CARLOS MARIA
Domicilio : MARIE CURIE 6286
Localidad: MAR DEL PLATA
Provincia : BUENOS AIRES
CUIT : 20220461433
Condición de IVA:

FACTURA

Código de pago Banelco: 1700077136000000001

Condición de IVA de la Operación: RESPONSABLE MONOTRIBUTO

MOTIVO: EMISION DE POLIZA

CAPITAL FEDERAL, 20/04/2022

PRIMA	: $	260,47
RAD+DEM	: $	0,00
REC.FIN	: $	0,00
IMP+SELL	: $	0,00
PERC.IB	: $	0,00
PREMIO	: $	272,47

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE	OBSERVACIONES
1	15/05/2022	272,47	. . . . .

Comprobante exento del cumplimiento de las formalidades del régimen de facturación y registración (Resolución General AFIP Nº 1415/03 - Anexo I)

ORG. : 15814 - GALENO SEGUROS (SEGURO DIRECTO)
PROD. : 21648 - GALENO SEGUROS (SEGURO DIRECTO)
PLAN : OBLIG - VIDA OBLIGATORIO

RIESGO : VIDA OBLIGATORIO COMUN

Contrariamente a lo indicado, el inicio de vigencia de la póliza, queda sujeto a las condiciones de la Resolución N° 21.600 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Importante: En la fecha de vencimiento para el pago arriba indicado se deberá abonar el total del premio o la cuota inicial del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalla en esta factura y/o "Cláusula de Cobranza del Premio". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

N° de Certificado 0 - 6494081

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 04/01/2023

Datos del Tomador

Nombre y Apellido/R.Social: LOCOCO, CARLOS MARIA
Domicilio: MARIE CURIE 6286
Localidad: MAR DEL PLATA Provincia: BUENOS AIRES
CUIT: 20220461433
Condición de IVA:

Póliza: 17 77136
Vigencia: desde 01/04/2022
hasta 01/04/2023

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

MUERTE	$	181.500,00

Datos del Asegurado

Apellido y Nombre	Documento	CUIT/CUIL	Fecha de Vigencia
SALVADE FERNANDO OSCAR OSVAL	CUIL 20183464214	20183464214	01/04/2022 - 01/04/2023

En virtud de la intransmisibilidad de derechos subrogatorios que, en materia de seguros personales, establece el art. 80 de la Ley 17.418 en su párrafo 3°, GALENO SEGUROS S.A. ratifica la plena vigencia y aplicabilidad de la citada norma y, por lo tanto, la imposibilidad de ésta de ejercer acción de repetición o regreso contra , sus directores, gerentes, funcionarios y/o cualquier otro empleado con motivo de las sumas que se vea obligada a abonar a las personas amparadas por la cobertura de esta póliza a raíz de accidentes ocurridos por el hecho o en ocasión del trabajo, o bien en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo (In Itinere), según corresponda.

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

N° de Certificado 0 - 6494082

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 04/01/2023

Datos del Tomador

Nombre y Apellido/R.Social: LOCOCO, CARLOS MARIA
Domicilio: MARIE CURIE 6286
Localidad: MAR DEL PLATA Provincia: BUENOS AIRES
CUIT: 20220461433
Condición de IVA:

Póliza: 17 77136
Vigencia: desde 01/04/2022
hasta 01/04/2023

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

MUERTE	$	181.500,00

Datos del Asegurado

Apellido y Nombre	Documento	CUIT/CUIL	Fecha de Vigencia
MENDIOLA SERGIO	CUIL 20215069657	20215069657	01/04/2022 - 01/04/2023

En virtud de la intransmisibilidad de derechos subrogatorios que, en materia de seguros personales, establece el art. 80 de la Ley 17.418 en su párrafo 3°, GALENO SEGUROS S.A. ratifica la plena vigencia y aplicabilidad de la citada norma y, por lo tanto, la imposibilidad de ésta de ejercer acción de repetición o regreso contra , sus directores, gerentes, funcionarios y/o cualquier otro empleado con motivo de las sumas que se vea obligada a abonar a las personas amparadas por la cobertura de esta póliza a raíz de accidentes ocurridos por el hecho o en ocasión del trabajo, o bien en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo (In Itinere), según corresponda.

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

N° de Certificado 0 - 6494083

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 04/01/2023

Datos del Tomador

Nombre y Apellido/R.Social: LOCOCO, CARLOS MARIA
Domicilio: MARIE CURIE 6286
Localidad: MAR DEL PLATA Provincia: BUENOS AIRES
CUIT: 20220461433
Condición de IVA:

Póliza: 17 77136
Vigencia: desde 01/04/2022
hasta 01/04/2023

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

MUERTE	$	181.500,00

Datos del Asegurado

Apellido y Nombre	Documento	CUIT/CUIL	Fecha de Vigencia
RUIZ PABLO DANIEL	CUIL 20236471080	20236471080	01/04/2022 - 01/04/2023

En virtud de la intransmisibilidad de derechos subrogatorios que, en materia de seguros personales, establece el art. 80 de la Ley 17.418 en su párrafo 3°, GALENO SEGUROS S.A. ratifica la plena vigencia y aplicabilidad de la citada norma y, por lo tanto, la imposibilidad de ésta de ejercer acción de repetición o regreso contra , sus directores, gerentes, funcionarios y/o cualquier otro empleado con motivo de las sumas que se vea obligada a abonar a las personas amparadas por la cobertura de esta póliza a raíz de accidentes ocurridos por el hecho o en ocasión del trabajo, o bien en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo (In Itinere), según corresponda.

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.



Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

N° de Certificado 0 - 6494084

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 04/01/2023

Datos del Tomador

Nombre y Apellido/R.Social: LOCOCO, CARLOS MARIA
Domicilio: MARIE CURIE 6286
Localidad: MAR DEL PLATA Provincia: BUENOS AIRES
CUIT: 20220461433
Condición de IVA:

Póliza: 17 77136
Vigencia: desde 01/04/2022
hasta 01/04/2023

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

MUERTE	$	181.500,00

Datos del Asegurado

Apellido y Nombre	Documento	CUIT/CUIL	Fecha de Vigencia
GOYENECHE FACUNDO	CUIL 20311866908	20311866908	01/04/2022 - 01/04/2023

En virtud de la intransmisibilidad de derechos subrogatorios que, en materia de seguros personales, establece el art. 80 de la Ley 17.418 en su párrafo 3°, GALENO SEGUROS S.A. ratifica la plena vigencia y aplicabilidad de la citada norma y, por lo tanto, la imposibilidad de ésta de ejercer acción de repetición o regreso contra , sus directores, gerentes, funcionarios y/o cualquier otro empleado con motivo de las sumas que se vea obligada a abonar a las personas amparadas por la cobertura de esta póliza a raíz de accidentes ocurridos por el hecho o en ocasión del trabajo, o bien en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo (In Itinere), según corresponda.

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

N° de Certificado 0 - 6494085

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 04/01/2023

Datos del Tomador

Nombre y Apellido/R.Social: LOCOCO, CARLOS MARIA
Domicilio: MARIE CURIE 6286
Localidad: MAR DEL PLATA Provincia: BUENOS AIRES
CUIT: 20220461433
Condición de IVA:

Póliza: 17 77136
Vigencia: desde 01/04/2022
hasta 01/04/2023

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

MUERTE	$	181.500,00

Datos del Asegurado

Apellido y Nombre	Documento	CUIT/CUIL	Fecha de Vigencia
PUGGIONI JUAN IGNACIO	CUIL 20381296505	20381296505	01/04/2022 - 01/04/2023

En virtud de la intransmisibilidad de derechos subrogatorios que, en materia de seguros personales, establece el art. 80 de la Ley 17.418 en su párrafo 3°, GALENO SEGUROS S.A. ratifica la plena vigencia y aplicabilidad de la citada norma y, por lo tanto, la imposibilidad de ésta de ejercer acción de repetición o regreso contra , sus directores, gerentes, funcionarios y/o cualquier otro empleado con motivo de las sumas que se vea obligada a abonar a las personas amparadas por la cobertura de esta póliza a raíz de accidentes ocurridos por el hecho o en ocasión del trabajo, o bien en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo (In Itinere), según corresponda.

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

N° de Certificado 0 - 6494086

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 04/01/2023

Datos del Tomador

Nombre y Apellido/R.Social: LOCOCO, CARLOS MARIA
Domicilio: MARIE CURIE 6286
Localidad: MAR DEL PLATA Provincia: BUENOS AIRES
CUIT: 20220461433
Condición de IVA:

Póliza: 17 77136
Vigencia: desde 01/04/2022
hasta 01/04/2023

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

MUERTE	$	181.500,00

Datos del Asegurado

Apellido y Nombre	Documento	CUIT/CUIL	Fecha de Vigencia
BANFI CESAR ERNESTO	CUIL 23233441759	23233441759	01/04/2022 - 01/04/2023

En virtud de la intransmisibilidad de derechos subrogatorios que, en materia de seguros personales, establece el art. 80 de la Ley 17.418 en su párrafo 3°, GALENO SEGUROS S.A. ratifica la plena vigencia y aplicabilidad de la citada norma y, por lo tanto, la imposibilidad de ésta de ejercer acción de repetición o regreso contra , sus directores, gerentes, funcionarios y/o cualquier otro empleado con motivo de las sumas que se vea obligada a abonar a las personas amparadas por la cobertura de esta póliza a raíz de accidentes ocurridos por el hecho o en ocasión del trabajo, o bien en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo (In Itinere), según corresponda.

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

N° de Certificado 0 - 6494087

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 04/01/2023

Datos del Tomador

Nombre y Apellido/R.Social: LOCOCO, CARLOS MARIA
Domicilio: MARIE CURIE 6286
Localidad: MAR DEL PLATA Provincia: BUENOS AIRES
CUIT: 20220461433
Condición de IVA:

Póliza: 17 77136
Vigencia: desde 01/04/2022
hasta 01/04/2023

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

MUERTE	$	181.500,00

Datos del Asegurado

Apellido y Nombre	Documento	CUIT/CUIL	Fecha de Vigencia
MENDIOLA MARIA PAZ	CUIL 27406661437	27406661437	01/04/2022 - 01/04/2023

En virtud de la intransmisibilidad de derechos subrogatorios que, en materia de seguros personales, establece el art. 80 de la Ley 17.418 en su párrafo 3°, GALENO SEGUROS S.A. ratifica la plena vigencia y aplicabilidad de la citada norma y, por lo tanto, la imposibilidad de ésta de ejercer acción de repetición o regreso contra , sus directores, gerentes, funcionarios y/o cualquier otro empleado con motivo de las sumas que se vea obligada a abonar a las personas amparadas por la cobertura de esta póliza a raíz de accidentes ocurridos por el hecho o en ocasión del trabajo, o bien en el trayecto entre el domicilio y el lugar de trabajo (In Itinere), según corresponda.

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

VIDA OBLIGATORIO

CONSTANCIA DE COBERTURA VIDA OBLIGATORIO

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
LOCOCO, CARLOS MARIA	00077136	00000000	01/04/2022	01/04/2023

Dirección: MARIE CURIE 6286
7600 - MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES

CUIT
20220461433

Tipo de Póliza: VIDA OBLIGATORIO COMUN

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
MUERTE	$ 181.500,00	0

Datos Personales de Asegurado/s

MENDIOLA SERGIO	Tipo y Nº de Documento	CUIL 20215069657
RUIZ PABLO DANIEL	Tipo y Nº de Documento	CUIL 20236471080
PUGGIONI JUAN IGNACIO	Tipo y Nº de Documento	CUIL 20381296505
BANFI CESAR ERNESTO	Tipo y Nº de Documento	CUIL 23233441759

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 06 de Enero de 2023

-El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).
-Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
-El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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