FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

RIESGOS DEL TRABAJO LEY 24557
CONTRATO DE AFILIACION

VIGENCIA		CONDICIONES PARTICULARES			
DESDE	HASTA	TERMINO	CLIENTE NRO.	PÓLIZA Nro.	ENDOSO
01-01-2001 Desde 00:00 Hs.	31-12-2023 Hasta 00:00 Hs.	8399 Dias	782587	1767213	0

Entre "FEDERACION PATRONAL" Seguros S.A. (en adelante "el Asegurador"), bajo las condiciones del Contrato de Afiliación que han sido convenidas para ser ejecutadas de buena fe, y de conformidad con la Solicitud cuyo firmante, personería y fecha constan en la misma, que se declara parte integrante de este contrato, presentado por:

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: INVAP INGENIERIA S A

Domicilio: AV CMTE LUIS PIEDRABUENA 4950 Localidad: SAN CARLOS DE BARILOCHE

Productor: 2839 AG: 26
FLENSBORG CRISTINA ELI
Matrícula SSN: 43152
Organizador: 2839
FLENSBORG CRISTINA ELIS
Matrícula SSN: 43152

Pago del Impuesto de sellos por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Buenos Aires, o al teléfono: 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30.

Podrá consultarse via Internet a la siguiente dirección http://www.ssn.gov.ar.

COPIA FIEL

CONDICIONES GENERALES	CONDICIONES PARTICULARES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA
Anexos:	I - II - III

CLAUSULA PENAL		
1 RA. OMISION	1	AMPOS
DE 2 A 10 OMISIONES	3	AMPOS
MAS DE 10 OMISIONES	5	AMPOS

NIVEL AUTODIAGNOSTICADO Y ALICUOTAS		
NIVEL	SUMA FIJA	% SOBRE MASA SALARIAL
2	0.000	2.630

OBJETO DEL SEGURO

*** ANEXO 1:**

ACT. PPAL. : Fabricación de maquinaria y equipo de uso especial n.c.p.
CIIU: 282909

*** ANEXO 2:**

Domicilio de Riesgo:

6 YPF SA YACIMIENTO LOMA DE LA LATA N* - LOMA DE LA LATA NEUQUEN (8300)

19 GERONIMO MALIQUEO N* 252 COMODORO RIVADAVIA CHUBUT (9000)

23 AV. COMTE. L. PIEDRABUENA N* 4950 SAN CARLOS DE BARILOCHE RIO NEGRO (8400)

Se deja constancia que el empleador ha entregado y se encuentra en poder del asegurador la nomina del personal cubierto.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.
ART

SECCION: ART

VIGENCIA		CONDICIONES PARTICULARES			
DESDE	HASTA	TERMINO	CLIENTE NRO.	PÓLIZA Nro.	ENDOSO
01-01-2001 Desde 00:00 Hs.	31-12-2023 Hasta 00:00 Hs.	8399 Dias	782587	1767213	0

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: INVAP INGENIERIA S A

Domicilio: AV CMTE LUIS PIEDRABUENA 4950 Localidad: SAN CARLOS DE BARILOCHE CP: 8400

CONDICIONES GENERALES - LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

CLAUSULA PRIMERA:
Las partes se someten, durante la vigencia del presente contrato, a dar cumplimiento a las obligaciones que resulten impuestas por la Ley sobre Riesgos del Trabajo Nº 24.557 (L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION (S.S.N.), además de las obligaciones instrumentadas a través del presente Contrato y su Anexo.
En ningún caso las condiciones particulares del contrato podrán ser alteradas o contrarias a lo dispuesto en la normativa precitada y a las Condiciones Generales del presente contrato.

CLAUSULA SEGUNDA:
I. VIGENCIA. El presente contrato tendrá un término mínimo de duración de UN (1) año, contado a partir de las CERO (0) hora de la fecha de inicio de vigencia que expresamente se estipule en la Solicitud de Afiliación, la que no podrá ser anterior a la fecha de suscripción de la Solicitud de Afiliación. Para el caso de haberse omitido fijar la fecha de inicio de vigencia, deberá considerarse como tal las CERO (0) hora del día inmediato posterior a la fecha de suscripción de la Solicitud de Afiliación.
II. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA. La vigencia del presente contrato será renovada automáticamente por el período de UN (1) año, salvo que el EMPLEADOR manifieste su decisión en contrario, por medio fehaciente y con una antelación de TREINTA (30) días corridos previo a la finalización del contrato, en cuyo caso deberá solicitar en forma simultánea su afiliación a otra ART o el ingreso al régimen de autoseguro.

CLAUSULA TERCERA: COTIZACIÓN.
El EMPLEADOR abonará la cuota que resulte de aplicar la alícuota convenida en las Condiciones Particulares, la cual deberá encontrarse ajustada al régimen aprobado por el órgano competente.
La cuota será declarada e ingresada por mes adelantado en función de la nómina salarial del mes inmediato anterior, con las modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social.
En los casos de inicio de actividad o, cuando por otras razones no exista nómina salarial correspondiente al mes anterior al de las prestaciones, la alícuota se cotizará en función de la nómina prevista para el mes de pago y se ingresará por el procedimiento habitual indicando el mes anterior en el formulario de pago.
En caso de resultar necesario modificar la alícuota del presente contrato, la ASEGURADORA deberá notificar los nuevos valores en forma fehaciente, con una antelación no menor a TREINTA (30) días corridos a la incorporación de la nueva alícuota, a los efectos de que el EMPLEADOR pueda ejercer el derecho de cambiar de aseguradora, cumpliendo con el procedimiento establecido para tal fin por la normativa vigente.
Los cambios de alícuotas deberán respetar la anualidad de su vigencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 del Decreto N 170/96, salvo en los casos en que las modificaciones de las alícuotas obedezcan a cambios de actividad del empleador o a cambios de C.I.I.U. acordados con la aseguradora.

CLAUSULA CUARTA: MORA.
La mora en el pago de las alícuotas operará de pleno derecho y por el mero vencimiento del plazo, devengando a cargo del empleador los intereses correspondientes
que generan las deudas impositivas nacionales. El Empleador, para cancelar la deuda que registre, deberá pagar el capital con más los intereses devengados.

CLAUSULA QUINTA:
OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES
1) OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR:
En atención a lo establecido por los artículos 8 y 9 de la Ley Nº 19.587 y en la L.R.T en lo relativo al cumplimiento de las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo, a los efectos de prevenir eficazmente los riesgos del trabajo, el EMPLEADOR deberá:
a) Cumplir las exigencias en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo conforme la normativa vigente que corresponda a la actividad desarrollada en el/los establecimiento/s alcanzado/s por el objeto del presente contrato. En caso de incumplimiento, se le aplicará por la autoridad competente el régimen de sanciones que corresponda.
b) Declarar al momento de la suscripción de la Solicitud de Afiliación, en el Anexo que a tal fin forma parte de las condiciones particulares, los datos del o de los establecimientos y el estado de cumplimiento de las normas e higiene de seguridad laboral y la identificación de los agentes de riesgos en cada uno de ellos, con la documentación respaldatoria y la nómina de trabajadores expuestos.
c) Elaborar y presentar con carácter de declaración jurada, al momento de la suscripción de la Solicitud de Afiliación y junto al Anexo aludido precedentemente, el Programa Anual de Prevención de Riesgos Laborales, a través del cual fijarán las políticas de la empresa en materia de salud y seguridad en el trabajo a los efectos de ajustar su conducta a lo establecido en la normativa vigente y con la finalidad de disminuir todo riesgo que pueda afectar la vida y la salud de los trabajadores como consecuencia de las tareas desarrolladas. Dicho programa deberá ser presentado y actualizado anualmente ante la A.R.T.
d) Comunicar a la ASEGURADORA con la debida antelación los cambios de tecnología, incorporaciones de sustancias y compuestos utilizados en los procesos, modificaciones en la organización del trabajo, y cualquier otro cambio que se produzca en los trabajos generados por el EMPLEADOR que modifiquen los riesgos de accidentes o enfermedades profesionales tenidos en cuenta al inicio de la cobertura.
e) Facilitar el ingreso y la tarea del personal de la autoridad competente y de la ART para realizar verificaciones, auditorías, evaluaciones y toda otra tarea relacionada con la Recalificación Profesional de trabajadores siniestrados, previa acreditación del mandato, dentro de los horarios de trabajo y sin previa notificación.
f) Cumplir con las recomendaciones que formule la A.R.T. así como con los programas que al respecto establezca la autoridad de aplicación de la L.R.T..
g) Acreditar la realización de los exámenes preocupacionales, el eventual visado y/o fiscalizado de las preexistencias al personal que figura en la nómina presentada en el momento de la afiliación, y poner en conocimiento de ello a la ASEGURADORA dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas de formalizado el contrato. A su vez, deberá informar a los trabajadores del resultado de sus exámenes.
h) Acreditar la capacitación brindada al trabajador previo al inicio de tareas, respecto de los riesgos que conlleva la tarea a desempeñar.
i) Solicitar la Clave de Alta Temprana (C.A.T.) de sus nuevos trabajadores dependientes con anterioridad al inicio de sus tareas, ante la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P.), de acuerdo a lo que establezca el citado Organismo en la normativa aplicable.
En el caso de personal Extra-SUSS, se mantendrá la obligación de declarar el alta ante la ASEGURADORA con una anterioridad de por lo menos VEINTICUATRO (24) horas al inicio de las tareas, a través del medio que formal o informalmente acuerden.
La omisión de las condiciones antes señaladas, permitirá a la ASEGURADORA ejercer la acción de repetición que corresponda contra el empleador.
Asimismo, las bajas de trabajadores deberán ser informadas a la A.R.T. dentro de los TRES (3) días de producido el distracto laboral por cualquier causa.
j) Informar a los trabajadores, inmediatamente de firmado el presente, la ASEGURADORA a la cual se encuentran afiliados y que les brindará cobertura ante la ocurrencia de las contingencias previstas por la L.R.T..
k) Entregar a los trabajadores las credenciales correspondientes dentro de los CINCO (5) días hábiles de recibidas e informar el procedimiento a seguir para realizar la denuncia en caso de accidente, comunicando los teléfonos de emergencia a través de los cuales podrá acceder el damnificado a las prestaciones asistenciales.
l) Deberá informar y capacitar a los trabajadores en materia de condiciones y medio ambiente del trabajo de acuerdo con las características y riesgos específicos de las tareas que desempeñen y de sus puestos de trabajo.
m) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento.
n) El EMPLEADOR está obligado a denunciar a la ASEGURADORA, inmediatamente de conocido, todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que sufran sus dependientes.

COPIA FIEL

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.
ART

SECCION: ART

VIGENCIA		CONDICIONES PARTICULARES			
DESDE	HASTA	TERMINO	CLIENTE NRO.	PÓLIZA Nro.	ENDOSO
01-01-2001 Desde 00:00 Hs.	31-12-2023 Hasta 00:00 Hs.	8399 Dias	782587	1767213	0

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: INVAP INGENIERIA S A

Domicilio: AV CMTE LUIS PIEDRABUENA 4950 Localidad: SAN CARLOS DE BARILOCHE CP: 8400

CONDICIONES GENERALES - LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

El empleador que no cumpliera con esta obligación, deberá abonar a la aseguradora en concepto de Cláusula Penal la cantidad de PESOS indicada en la solicitud de afiliación.
También podrá efectuar la denuncia el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento del accidente de trabajo o enfermedad profesional.
Sólo cuando sea imposible la comunicación a la aseguradora para la atención de una urgencia o que comunicada no haya dado cumplimiento a sus obligaciones o no pueda hacerlo en plazo útil, el empleador deberá disponer por sí la atención del accidentado, dando posterior aviso a la aseguradora. En este supuesto la aseguradora reintegrará los gastos derivados de prestaciones en especie realizados en un plazo de DIEZ (10) días desde que le sea presentada la correspondiente rendición de gastos.
ñ) Contar con servicios de salud y seguridad en el trabajo, con carácter interno o externo.
o) Cuando concurran en un mismo establecimiento DOS (2) o más empleadores, deberá celebrarse acuerdo entre ellos para coordinar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad laboral, siendo responsabilidad del titular del establecimiento procurar dicho acuerdo.
2.I) OBLIGACIONES A CARGO DE LA ASEGURADORA:
A los efectos del cumplimiento de lo establecido por los artículos 4 y 31 de la Ley 24.557 y sus Decretos reglamentarios en lo relativo a sus obligaciones en materia preventiva, la Aseguradora deberá cumplir con lo estipulado en los artículos 10 y 11 de la Resolución S.R.T. que aprueba el Contrato Tipo de Afiliación, y además deberá:
a) Declarar en el Registro de Cumplimiento de Normas de Higiene, Salud y Seguridad en el Trabajo, con carácter de declaración jurada, dentro de los DIEZ (10) días corridos de recibido el Relevamiento General de Riegos Laborales, los datos informados por el empleador respecto del estado de cumplimiento de las normas de higiene y seguridad y el plan fijado para su corrección.
b) Denunciar en el Registro aludido precedentemente a los empleadores que no han presentado el Relevamiento General de Riesgos Laborales al momento de la afiliación o de la renovación automática del mismo contrato.
c) Denunciar en el mismo Registro, a los empleadores que no han dado cumplimiento al Plan fijado oportunamente.
d) Brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica al EMPLEADOR afiliado sobre la normativa vigente en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo, sobre la existencia de riesgos y sus potenciales efectos, sobre los elementos de protección personal, sobre la capacitación que corresponde brindar a los trabajadores y sobre la seguridad en el empleo de productos químicos y biológicos.
e) Realizar los exámenes periódicos al personal expuesto a los agentes de riesgos, documentación respaldatoria y nómina de personal expuesto declarados por el empleador. A tales efectos, deberá coordinar con el EMPLEADOR las fechas y horarios en que se realizarán los exámenes aludidos, con el fin de no resentir la actividad económica de éste, quien a su vez deberá poner a disposición de la Aseguradora al personal alcanzado.
f) Elaborar y entregar a los empleadores un informe sobre el resultado de los exámenes médicos practicados, debiendo formular las recomendaciones que sean necesarias.
g) Mantener informado al EMPLEADOR sobre el estado del trabajador siniestrado, cada vez que el mismo lo requiera. Tal información podrá ser brindada a través de medios electrónicos.
h) Denunciar ante la S.R.T. todo incumplimiento a las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo vigentes en que incurriere el empleador, como así también toda conducta renuente a adecuar las condiciones de trabajo, de acuerdo con lo establecido por las normas de prevención y al plan presentado.
i) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento conforme lo informado por el empleador.
j) Cuando concurran dos o más A.R.T. en un mismo establecimiento, deberán coordinar sus acciones según lo establezca la reglamentación, bajo responsabilidad de la A.R.T. contratada por el titular del establecimiento. Esta obligación se corresponde con la establecida en el inciso o) de las Obligaciones del Empleador.
k) Denunciar a los empleadores que no cumplan con su obligación de comunicar los siniestros laborales, de conformidad con lo establecido en el inciso a) del apartado 1º del artículo 31 de la Ley N 24.557.
l) Poner a disposición del EMPLEADOR el Listado de Prestadores vigente que brindará cobertura a nivel nacional.
2.II) RESPONSABILIDAD DE LA ART ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES
El incumplimiento de las obligaciones aludidas conllevará la aplicación de las sanciones que correspondan, de acuerdo con lo establecido en la Resolución S.R.T. Nº 735 de fecha 26 de junio de 2008, en el artículo 32 de la L.R.T. y la Resolución S.R.T. Nº 1/97.

CLAUSULA SEXTA: RESCISION.
El presente contrato podrá ser rescindido por las partes conforme se establece a continuación:
I. POR EL EMPLEADOR, en los siguientes casos:
a) Por cambio de aseguradora, habiendo transcurrido SEIS (6) meses desde la primera afiliación a una A.R.T., con aportes efectivamente realizados y sin registrar deuda conforme al procedimiento establecido en materia de traspasos. Este derecho podrá ser ejercido nuevamente, transcurrido un año de efectuado el primer cambio de Aseguradora por la misma causa.
b) Por el cese de actividad del empleador, debiendo dejar constancia de ello mediante presentación ante la ASEGURADORA del Formulario correspondiente exigido por la A.F.I.P..
c) Cuando no tenga más trabajadores en relación de dependencia, debiendo notificar a la ASEGURADORA de tal situación, acompañando las constancias generadas por los aplicativos provistos por la A.F.I.P..
II. POR LA ASEGURADORA, en los siguientes casos:
a) Cuando el EMPLEADOR adeude un monto equivalente a DOS (2) cuotas, tomando la de mayor valor devengado en los últimos DOCE (12) meses. En el cálculo del estado de deuda deberán incluirse todos los saldos parciales a favor del empleador y, para el caso de haberse suscripto la Cláusula 10 Adicional del presente contrato, se deberá computar a modo de compensación los montos que la A.R.T. deba al EMPLEADOR en concepto de reintegros por I.L.T..
A los efectos de considerar legalmente rescindido el contrato por falta de pago, la ASEGURADORA deberá, previamente, dar cumplimiento al procedimiento establecido a tal fin por el apartado 3 del artículo 18 del Decreto N 334/96, reglamentario del artículo 28 de la Ley N 24.557.
Cuando se ejerza este derecho, la rescisión operará a partir de la CERO (0) hora del día inmediato posterior al de su última notificación, a falta de otro plazo fijado por la A.R.T.

CLAUSULA SEPTIMA: DOMICILIO
Las partes declaran y aceptan que los domicilios constituidos en el primer párrafo del presente contrato serán considerados válidos a los efectos de las notificaciones que las partes deban realizarse con relación a los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato. Sin perjuicio de lo expuesto, las partes declaran conocer que se hallan incluidas en lo que respecta a la vigencia, validez y efectividad de la notificación electrónica que reglamente la S.R.T..
Es obligación de las partes notificar en forma fehaciente cualquier modificación que sufran los domicilios constituidos. En su defecto, se tendrán por válidas las notificaciones efectuadas en el último domicilio declarado.

CLAUSULA OCTAVA: COMPETENCIA
Toda controversia que se plantee con respecto al presente contrato, se sustanciará ante los Tribunales competentes, conforme a lo establecido en el artículo 46 de la L.R.T.

COPIA FIEL

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.
ART

SECCION: ART

VIGENCIA		CONDICIONES PARTICULARES			
DESDE	HASTA	TERMINO	CLIENTE NRO.	PÓLIZA Nro.	ENDOSO
01-01-2001 Desde 00:00 Hs.	31-12-2023 Hasta 00:00 Hs.	8399 Dias	782587	1767213	0

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: INVAP INGENIERIA S A

Domicilio: AV CMTE LUIS PIEDRABUENA 4950 Localidad: SAN CARLOS DE BARILOCHE CP: 8400

CLÁUSULAS ADICIONALES DEL CONTRATO DE AFILIACIÓN - LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

CLAUSULA NOVENA:
PAGO DE PRESTACIONES DINERARIAS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ART

Las partes acuerdan que mientras se encuentre vigente la relación laboral de los beneficiarios,
el EMPLEADOR efectuará por cuenta y orden de la ASEGURADORA, el pago de las prestaciones dinerarias de pago mensual, de las asignaciones familiares y efectuará en igual sentido la declaración y pago de aportes y contribuciones a la Seguridad Social.
La ASEGURADORA, por su parte, deberá reembolsar al EMPLEADOR el monto de dichos conceptos dentro de los TREINTA (30) días corridos de la presentación de la documentación que acredite el pago, debiendo dar cumplimiento al procedimiento que se describe en el instructivo siguiente (*).
Para el caso en que las partes hayan adherido a esta cláusula, se tornará obligatoria para la A.R.T. la compensación establecida en la cláusula DÉCIMA.
Se deja constancia de que la suscripción de la presente cláusula opcional por el EMPLEADOR, en ningún caso y bajo ningún concepto exime a la ASEGURADORA de su responsabilidad frente al trabajador.

(*) INSTRUCTIVO REGLAMENTARIO DE LA CLAUSULA NOVENA.
LIQUIDACIÓN Y REINTEGRO DE PRESTACIONES DINERARIAS EN CONCEPTO DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA

1. INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA (I.L.T.)
Existe esta situación cuando el daño sufrido por el trabajador, como consecuencia de una contingencia laboral, le impida temporariamente la realización de sus tareas habituales. Por dicho motivo, a partir del día siguiente a la primera manifestación invalidante, se le deberá abonar una prestación de pago mensual. Los primeros DIEZ (10) días son a cargo del EMPLEADOR, los siguientes deberán ser abonados por la A.R.T., de acuerdo con lo establecido por el artículo 13 de la Ley Nº 24.557.

2. IMPORTE DE LA PRESTACIÓN DINERARIA EN CONCEPTO DE I.L.T.
A los fines de determinar la cuantía de la citada prestación, previamente se debe calcular el ingreso base. Este resulta de dividir el total de las remuneraciones sujetas a aportes correspondiente a los DOCE (12) meses anteriores a la contingencia o al tiempo de prestación de servicio si fuera menor a un año, por el número de días corridos comprendidos en el período considerado. El ingreso base multiplicado por TREINTA CON CUATRO (30.4), da el valor mensual del ingreso base (V.M.I.B.).
Este último valor se aplica para los meses calendarios completos de I.L.T.
En caso contrario, se toma el ingreso base para los días corridos de I.L.T.

3. CONVENIO DE PAGO POR CUENTA Y ORDEN DE LA ART
De acuerdo con la cláusula opcional suscripta por las partes en el presente contrato y con lo establecido por la Resolución S.R.T. Nº 237/96 en su artículo 4º, la ASEGURADORA puede convenir con el EMPLEADOR que, mientras se mantenga vigente la relación laboral, éste efectúe el pago de las prestaciones dinerarias por I.L.T. y de las asignaciones familiares, por su cuenta y orden.
En estos casos el EMPLEADOR deberá emitir un recibo en original, duplicado y triplicado, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo 140 de la Ley Nº 20.744, discriminando:
a) la Remuneración; b) la prestación dineraria Ley Nº 24.557 ¿a cargo del EMPLEADOR¿ (por los DIEZ (10) primeros días); c) la prestación dineraria Ley Nº 24.557 ¿por cuenta y orden de la ASEGURADORA¿ (a partir del día ONCE (11) inclusive) y d) las asignaciones familiares.
En la declaración jurada mensual se deberá incluir al trabajador, con el código de siniestrado que reglamentó la A.F.I.P..
El convenio de pago aludido precedentemente en ningún caso y bajo ningún concepto exime a la ASEGURADORA de su responsabilidad frente al trabajador.

4. SITUACIONES ESPECIALES
Si por cualquier causa se extingue la relación laboral con el trabajador accidentado
mientras se encuentra en situación de I.L.T. o por otro motivo no puede liquidar esta prestación dineraria, se deberá comunicar fehacientemente a la ASEGURADORA para que ésta proceda a continuar con los pagos en forma directa.
Durante el período en el cual el trabajador se encuentra en I.L.T., no devenga remuneraciones, en consecuencia, no corresponde liquidar por dicho período ¿Sueldo Anual Complementario¿.

5. DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR EL EMPLEADOR A LOS EFECTOS DEL REINTEGRO DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ART.
a) Copia de los recibos refrendados por el trabajador por los pagos por el EMPLEADOR en concepto de I.L.T.; b) Copia del comprobante por el ingreso de los aportes y contribuciones, donde conste sello de recepción de la Institución actuante; c) Copia de la declaración jurada (sintética) correspondiente a los períodos de I.L.T. del trabajador accidentado, en los cuales se comunicó a la A.F.I.P., los aportes y contribuciones con destino al Régimen Nacional de Seguridad Social y Obras Sociales de la totalidad de los empleados y d) Copia de la declaración jurada (analítica), Nómina de Empleado/s, correspondiente a los períodos de I.L.T. donde conste la información del trabajador accidentado.
En la copia de presentación de estos antecedentes, la ASEGURADORA deberá dejar constancia de la fecha de recepción. Los mismos podrán ser enviados por el EMPLEADOR a la finalización de cada mes, si el trabajador continúa incapacitado, o con posterioridad al alta médica otorgada por el prestador de la ART.

CLAUSULA DÉCIMA:
COMPENSACIÓN DE ALICUOTAS IMPAGAS CON REINTEGROS DE I.L.T.

Las partes podrán acordar la compensación de alícuotas impagas con reintegros de prestaciones dinerarias en concepto de ILT abonadas por al EMPLEADOR al trabajador por cuenta y orden de la ASEGURADORA, mediante el reembolso de dichos montos por parte de la A.R.T. A tal fin, el empleador deberá acreditar, por medio de la documentación detallada en la cláusula precedente, el pago de las prestaciones abonadas al damnificado y las contribuciones efectuadas.
A tal efecto, la ASEGURADORA deberá extender al EMPLEADOR un recibo en el cual figure: el C.U.I.L. del damnificado; Nombre y Apellido del damnificado; Período de I.L.T.; Importe de I.L.T.; Importe de contribuciones; Total de reintegros a compensar; y Detalle de períodos e importes impagos a compensar.
Por otra parte, la ASEGURADORA deberá ingresar al S.U.S.S. los importes de las alícuotas compensadas, utilizando un formulario específico, debiendo posteriormente entregar copia de dicho comprobante al EMPLEADOR, dejando constancia de la recepción del mismo por parte de éste último.

COPIA FIEL

FRENTE DE PÓLIZA

Póliza impresa el dia 25-11-2022

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN	PRODUCTO	PÓLIZA
VIDA OBLIGATORIO	SCVO DECRETO 1567/74	1420510

Productor: 23044 DE NAPOLI FLENSBORG KAREN LIS Matrícula SSN: 73737 AG: 26

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 00:00 Hs. del 01-12-2022	Hasta 24:00 Hs. del 30-11-2023
Término (en días)	**Plan**
364	100 - SCVO - AFIP
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
1302731	18-11-2022

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE INVAP INGENIERIA S.A
DOMICILIO AV CMTE L PIEDRABUENA N* 4950 DTO E 5
LOCALIDAD SAN CARLOS DE BARILOCHE
CÓDIGO POSTAL 8400
PROVINCIA RIO NEGRO
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 33642680159 /
ASEGURADO NRO. 782587

*5C33A1E1EBA3A664E2BAA1F6142051O

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO. Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
TOTAL:		**$ 0.00**

PERÍODO FACTURADO

01-12-2022	30-11-2023

Pago del Impuesto de sellos de $ 0 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 0.00	**DERECHO DE EMISION** $ 0.00		
I.V.A. $ 0.00	**SELLADO** $ 0.00	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 0.00	
PREMIO DEL ENDOSO $ 0.00			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 0.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 0.00	

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida en La Plata el 18 de Noviembre de 2022

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reg. 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 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.fedpat.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 FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A., al teléfono 0810-222-5588

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N 107465

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN	VIDA OBLIGATORIO	PRODUCTO	SCVO DECRETO 1567/74	PÓLIZA	1420510

CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA

I	**A2**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE NATURAL Y ACCIDENTAL	**SUMA ASEG. INDIVIDUAL**
	$ 181,500.00
	SUMA ASEG. TOTAL
	$ 4,719,000.00

Sr. Tomador/ Contratante del Seguro: Le informamos que si usted desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura(conforme a lo establecido en el ART.6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Este seguro se debe abonar por el aplicativo SICOSS DE LA AFIP, con las siguientes consideraciones:
El valor del empleado por mes es de $ 37,21

En el mes en que se inicia la póliza o en el mes en que se renueva se debe abonar un derecho de emisión de acuerdo a la siguiente escala:
Hasta 25 empleados $ 12
Entre 26 y 50 empleados $ 17
Más de 50 empleados $ 25

Cantidad de asegurados vigentes: 26
IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA

En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

ANEXO I - Exclusiones a la Cobertura

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.

Resolución SSN 39.766 (SCVO 1.567/74 - Mayo 2016)

Artículo 1. OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N 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.

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. PRESTACION
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, sólo 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. CONTRATACION 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, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION (SSN).

Artículo 5. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACION DE CAPITAL ASEGURADO - AJUSTE DE PRIMAS
El costo del seguro estará a cargo del empleador.
La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.
Prima
La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILESIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma asegurada
La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, la cual será comunicada anualmente por la SSN con la suficiente antelación a fin de proceder a los ajustes necesarios.

Artículo 6. AUTORIZACION PARA OPERAR EN LA COBERTURA
Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N 1.567/74, 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 1.567/74", 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 1.567/74, 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 - EMISION 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 1.567/74" 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).
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 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 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. 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 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 ADMINISTRACION 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.

Artículo 9. VIGENCIA - PERIODO 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 (0) 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 1.567/74 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 (0) 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 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 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 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
1.567/74 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 Artículo 2 y lo determinado en el Artículo 6 , de la Resolución SSN N 35.333 del 16 de septiembre de 2010 y sus modificatorias.
Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con 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. DISTRIBUCION DE RECAUDACION
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 NACION ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N 1.567/74, 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 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 la CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los periodo/s fiscal/es, sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo.
La nota deberá ser dirigida a la Gerencia Administrativa de la 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. SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISION
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador / empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la seguridad social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de TREINTA (30) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura se reanudará a partir de la hora CERO (0) del día siguiente al ingreso de la prima.
La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los SESENTA (60) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la rescisión automática del contrato.
La 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. COMUNICACION DE ALTAS y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere.
La aseguradora, sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la AFIP, tendrá derecho a exigir al tomador la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.
Para el caso que el tomador / empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social, las altas y bajas deben ser comunicadas mensualmente a la aseguradora.
A fin de mantener vigente la cobertura, el tomador / empleador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11 del presente reglamento.

Artículo 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 53 y 54 de la Ley N 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8 .
En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1) Partida de Defunción del Asegurado;
2) Constancia de CUIL del trabajador;
3) Copia de la nómina de empleados del tomador / empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento;
4) Constancia 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 beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACION 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 ADMINISTRACION 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 1.567/74, 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
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 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 poseen 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 Artículo 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.

ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN VIDA OBLIGATORIO **PRODUCTO** SCVO DECRETO 1567/74 **PÓLIZA** 1420510

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 00:00 Hs. del 01-12-2022	Hasta 24:00 Hs. del del 30-11-2023
Término (en días)	**Plan**
364	100 - SCVO - AFIP
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
1302731	18-11-2022

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE INVAP INGENIERIA S.A
DOMICILIO AV CMTE L PIEDRABUENA N* 4950 DTO E 5
LOCALIDAD SAN CARLOS DE BARILOCHE
CÓDIGO POSTAL 8400
PROVINCIA RIO NEGRO
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 33642680159 /
ASEGURADO NRO. 782587

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	SUMA ASEG.	BENEFICIARIO
98	CUIL 20960260091	BARADAT CASTRO VICTOR EDUARDO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
48	CUIL 20354929210	BENITEZ MAXIMILIANO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
9	CUIL 20173366354	COLILAF NORBERTO HUGO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
94	CUIL 27350772583	DIAZ NADIA SOLEDAD	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
95	CUIL 27331143699	ECHAVARRIA ERICA ROCIO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
15	CUIL 20238561052	GALIC ALDO JAVIER	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
7	CUIL 20118629605	GARCIA OSCAR ALBERTO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
34	CUIL 20241172504	KROM DIEGO MANUEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
60	CUIL 20362021384	LARA LUCAS MARCELO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
100	CUIL 20404431448	LIMA MANUEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
39	CUIL 20307259487	MAKX MARIO DAVID	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
88	CUIL 20343779233	MARANGONI GUILLERMO DANIEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
96	CUIL 20338995068	MARCHIONNI ENIO NICOLAS	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
97	CUIL 20376654258	MARINELLI VIEGAS SANTIAGO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
18	CUIL 20254632059	MARTINEZ SANCHEZ JUAN MARIA	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
91	CUIL 23381516989	MINSKI RIPA JULIAN MANUEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
99	CUIL 23386336199	MONGUILLOT JOSE GABRIEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
90	CUIL 27298615873	PEREYRA ANDREA SOLEDAD	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
13	CUIL 20216991924	PIÑERO FABIAN BAUTISTA	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
12	CUIL 20213528093	REISS CARLOS ROBERTO NICOL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
93	CUIL 20959874132	RODRIGUEZ CALDERA JUAN MIGUEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
86	CUIL 23363299679	RUIZ FRANCO DAMIAN	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
54	CUIL 27277970754	TUNKIEWIEZ CLAUDIA BEATRIZ	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
57	CUIL 20229205693	URZAINQUI HORACIO ADRIAN	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
87	CUIL 20342631488	VARGAS VICTOR FERNANDO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
62	CUIL 27253993249	VISCAY SONIA ELIZABETH	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales

SELF

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A. CUIT: 33-70736658-9
Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As.
IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO
Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2.
Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

FACTURA ORIGINAL

SECCIÓN 17 - VIDA OBLIGATORIO **PRODUCTO** SCVO DECRETO 1567/74 **PÓLIZA** 1420510

Asegurado	Domicilio	Fecha de Emisión
INVAP INGENIERIA S.A	AV CMTE L PIEDRABUENA N* 4950 DTO E 5	18-11-2022
CUIT/ DNI	**Localidad**	**Endoso**
33642680159 /	SAN CARLOS DE BARILOCHE	0
IVA	**Provincia**	**Período Facturado Desde**
INSCRIPTO	RIO NEGRO	01-12-2022
Asegurado nro.	**Código Postal**	**Período Facturado Hasta**
782587	8400	30-11-2023
	Ag. / Prod / Org	
	26 23044 - DE NAPOLI FLENSBORG KAREN LIS 60139 - MIUNA ASESORES DE SEGUROS SRL	

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO	IMPORTE
TOTALES:		**$**

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	0.00

SELF

FRENTE DE PÓLIZA

Póliza impresa el dia 25-11-2022

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN	PRODUCTO	PÓLIZA
VIDA OBLIGATORIO	SCVO DECRETO 1567/74	1420510

Productor: 23044 DE NAPOLI FLENSBORG KAREN LIS Matrícula SSN: 73737 AG: 26

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 00:00 Hs. del 01-12-2022	Hasta 24:00 Hs. del 30-11-2023
Término (en días)	**Plan**
364	100 - SCVO - AFIP
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
1302731	18-11-2022

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE INVAP INGENIERIA S.A
DOMICILIO AV CMTE L PIEDRABUENA N* 4950 DTO E 5
LOCALIDAD SAN CARLOS DE BARILOCHE
CÓDIGO POSTAL 8400
PROVINCIA RIO NEGRO
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 33642680159 /
ASEGURADO NRO. 782587

*5C33A1E1EBA3A664E2BAA1F6142051O

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A. Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As. - IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO. Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2. Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A.,CUIT: 33-70736658-9 (en adelante "el Asegurador") asegura a la persona indicada anteriormente (en adelante "el Asegurado/Tomador"), bajo las condiciones de la presente póliza, que han sido convenidas para ser ejecutadas en buena fe, y de conformidad con la solicitud de seguro presentada por el Asegurado/Tomador, la que se declara parte integrante de este contrato

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NÚMERO	VENCIMIENTO	IMPORTE
TOTAL:		**$ 0.00**

PERÍODO FACTURADO

01-12-2022	30-11-2023

Pago del Impuesto de sellos de $ 0 por declaración jurada.
Números de Inscripción:
33-70736658-9

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA $ 0.00	**DERECHO DE EMISION** $ 0.00		
I.V.A. $ 0.00	**SELLADO** $ 0.00	**OTROS IMP. Y TASAS** $ 0.00	
PREMIO DEL ENDOSO $ 0.00			
MONEDA CONTRATO PESOS	**TEA** 0.00%	**CARGO FINANCIERO** $ 0.00	

Si el texto de esta póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art.12 de la ley de Seguros). Cuando se mencionen los vocablos "Asegurado" o "Tomador/Contratante" se considerará indistintamente según correspondan. Emitida en La Plata el 18 de Noviembre de 2022

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reg. 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 0810-222-5588. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.fedpat.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 FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A., al teléfono 0810-222-5588

Diego Fernando Vallina
Gerente General

Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación mediante Proveído N 107465

SELF

FRENTE DE PÓLIZA - CONDICIONES PARTICULARES (CONTINUACIÓN)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN	VIDA OBLIGATORIO	PRODUCTO	SCVO DECRETO 1567/74	PÓLIZA	1420510

CONDICIONES GENERALES COMUNES / ESPECIFICAS Y CLAUSULAS ADICIONALES QUE SE ANEXAN Y FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA

I	**A2**

RIESGOS CUBIERTOS (POR CERTIFICADO)	DATOS RELEVANTES
010 MUERTE NATURAL Y ACCIDENTAL	**SUMA ASEG. INDIVIDUAL**
	$ 181,500.00
	SUMA ASEG. TOTAL
	$ 4,719,000.00

Sr. Tomador/ Contratante del Seguro: Le informamos que si usted desea una copia por medio magnético de los Certificados Individuales de Incorporación a la Cobertura(conforme a lo establecido en el ART.6 de la Resolución General N 24.697 de la SSN), puede solicitarla a seguros@fedpat.com.ar especificando el contratante y número de póliza.

Este seguro se debe abonar por el aplicativo SICOSS DE LA AFIP, con las siguientes consideraciones:
El valor del empleado por mes es de $ 37,21

En el mes en que se inicia la póliza o en el mes en que se renueva se debe abonar un derecho de emisión de acuerdo a la siguiente escala:
Hasta 25 empleados $ 12
Entre 26 y 50 empleados $ 17
Más de 50 empleados $ 25

Cantidad de asegurados vigentes: 26
IMPORTANTE: Ver el detalle de los asegurados con sus coberturas y sumas aseguradas en el ANEXO A LAS CONDICIONES DE POLIZA - NOMINA

En caso de siniestro, la falta de presentación de la información y/o documentación solicitada en la Resolución Nº 28/2018 de la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), no obstará al pago correspondiente, si obrara en poder de la aseguradora la documentación requerida por la legislación aplicable en materia de seguros, sin perjuicio de la responsabilidad del Sujeto Obligado de evaluar adecuadamente esa falta de presentación de información y/o documentación, a la luz de la normativa aplicable en materia de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

*****El Asegurado o Tomador puede solicitar en cualquier momento a la Aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación*****

ANEXO I - Exclusiones a la Cobertura

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.

Resolución SSN 39.766 (SCVO 1.567/74 - Mayo 2016)

Artículo 1. OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N 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.

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. PRESTACION
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, sólo 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. CONTRATACION 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, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION (SSN).

Artículo 5. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACION DE CAPITAL ASEGURADO - AJUSTE DE PRIMAS
El costo del seguro estará a cargo del empleador.
La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.
Prima
La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILESIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma asegurada
La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, la cual será comunicada anualmente por la SSN con la suficiente antelación a fin de proceder a los ajustes necesarios.

Artículo 6. AUTORIZACION PARA OPERAR EN LA COBERTURA
Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N 1.567/74, 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 1.567/74", 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 1.567/74, 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 - EMISION 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 1.567/74" 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).
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 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 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. 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 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 ADMINISTRACION 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.

Artículo 9. VIGENCIA - PERIODO 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 (0) 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 1.567/74 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 (0) 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 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 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 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
1.567/74 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 Artículo 2 y lo determinado en el Artículo 6 , de la Resolución SSN N 35.333 del 16 de septiembre de 2010 y sus modificatorias.
Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con 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. DISTRIBUCION DE RECAUDACION
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 NACION ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N 1.567/74, 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 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 la CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los periodo/s fiscal/es, sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo.
La nota deberá ser dirigida a la Gerencia Administrativa de la 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. SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISION
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador / empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la seguridad social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de TREINTA (30) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura se reanudará a partir de la hora CERO (0) del día siguiente al ingreso de la prima.
La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los SESENTA (60) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la rescisión automática del contrato.
La 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. COMUNICACION DE ALTAS y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere.
La aseguradora, sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la AFIP, tendrá derecho a exigir al tomador la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.
Para el caso que el tomador / empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social, las altas y bajas deben ser comunicadas mensualmente a la aseguradora.
A fin de mantener vigente la cobertura, el tomador / empleador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11 del presente reglamento.

Artículo 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 53 y 54 de la Ley N 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8 .
En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1) Partida de Defunción del Asegurado;
2) Constancia de CUIL del trabajador;
3) Copia de la nómina de empleados del tomador / empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento;
4) Constancia 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 beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACION 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 ADMINISTRACION 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 1.567/74, 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
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 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 poseen 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 Artículo 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.

ANEXO A LAS CONDICIONES DE PÓLIZA - NÓMINA DE ASEGURADOS

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

SECCIÓN VIDA OBLIGATORIO **PRODUCTO** SCVO DECRETO 1567/74 **PÓLIZA** 1420510

Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Desde 00:00 Hs. del 01-12-2022	Hasta 24:00 Hs. del del 30-11-2023
Término (en días)	**Plan**
364	100 - SCVO - AFIP
Endoso	**Lugar de emisión**
0	La Plata, Buenos Aires, Argentina
Póliza anterior	**Fecha de emisión**
1302731	18-11-2022

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

NOMBRE INVAP INGENIERIA S.A
DOMICILIO AV CMTE L PIEDRABUENA N* 4950 DTO E 5
LOCALIDAD SAN CARLOS DE BARILOCHE
CÓDIGO POSTAL 8400
PROVINCIA RIO NEGRO
CONDICIÓN DE IVA INSCRIPTO
CUIT/DNI 33642680159 /
ASEGURADO NRO. 782587

NOMINA ACTIVA

Cert.	Documento	Apellido y Nombre	SUMA ASEG.	BENEFICIARIO
98	CUIL 20960260091	BARADAT CASTRO VICTOR EDUARDO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
48	CUIL 20354929210	BENITEZ MAXIMILIANO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
9	CUIL 20173366354	COLILAF NORBERTO HUGO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
94	CUIL 27350772583	DIAZ NADIA SOLEDAD	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
95	CUIL 27331143699	ECHAVARRIA ERICA ROCIO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
15	CUIL 20238561052	GALIC ALDO JAVIER	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
7	CUIL 20118629605	GARCIA OSCAR ALBERTO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
34	CUIL 20241172504	KROM DIEGO MANUEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
60	CUIL 20362021384	LARA LUCAS MARCELO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
100	CUIL 20404431448	LIMA MANUEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
39	CUIL 20307259487	MAKX MARIO DAVID	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
88	CUIL 20343779233	MARANGONI GUILLERMO DANIEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
96	CUIL 20338995068	MARCHIONNI ENIO NICOLAS	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
97	CUIL 20376654258	MARINELLI VIEGAS SANTIAGO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
18	CUIL 20254632059	MARTINEZ SANCHEZ JUAN MARIA	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
91	CUIL 23381516989	MINSKI RIPA JULIAN MANUEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
99	CUIL 23386336199	MONGUILLOT JOSE GABRIEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
90	CUIL 27298615873	PEREYRA ANDREA SOLEDAD	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
13	CUIL 20216991924	PIÑERO FABIAN BAUTISTA	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
12	CUIL 20213528093	REISS CARLOS ROBERTO NICOL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
93	CUIL 20959874132	RODRIGUEZ CALDERA JUAN MIGUEL	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
86	CUIL 23363299679	RUIZ FRANCO DAMIAN	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
54	CUIL 27277970754	TUNKIEWIEZ CLAUDIA BEATRIZ	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
57	CUIL 20229205693	URZAINQUI HORACIO ADRIAN	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
87	CUIL 20342631488	VARGAS VICTOR FERNANDO	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales
62	CUIL 27253993249	VISCAY SONIA ELIZABETH	181,500.00	S/ART. 8 condiciones generales

SELF

FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A. CUIT: 33-70736658-9
Domicilio: Av. 51 n°770 - La Plata - CP B1900AWP - Pcia de Bs. As.
IVA-RESPONSABLE INSCRIPTO
Imp.S/Ing.Brutos:Conv.Mult.902-867191-2.
Fecha Inicio de Actividad: 08/11/2000.

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

FACTURA ORIGINAL

SECCIÓN 17 - VIDA OBLIGATORIO **PRODUCTO** SCVO DECRETO 1567/74 **PÓLIZA** 1420510

Asegurado	Domicilio	Fecha de Emisión
INVAP INGENIERIA S.A	AV CMTE L PIEDRABUENA N* 4950 DTO E 5	18-11-2022
CUIT/ DNI	**Localidad**	**Endoso**
33642680159 /	SAN CARLOS DE BARILOCHE	0
IVA	**Provincia**	**Período Facturado Desde**
INSCRIPTO	RIO NEGRO	01-12-2022
Asegurado nro.	**Código Postal**	**Período Facturado Hasta**
782587	8400	30-11-2023
	Ag. / Prod / Org	
	26 23044 - DE NAPOLI FLENSBORG KAREN LIS 60139 - MIUNA ASESORES DE SEGUROS SRL	

PLAN DE PAGO DEL ENDOSO

NRO.	VENCIMIENTO	IMPORTE
TOTALES:		**$**

LIQUIDACIÓN DE PREMIO Y OTROS CONCEPTOS

MONTO TOTAL DEL PREMIO	$	0.00

SELF

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

ARTR81100
30-06-23 17:09

El contrato nro. 23363 (originalmente emitido) quedó reempadronado bajo el nro.de póliza 1767213 según Resolución SRT 46/2018.

Certificado de Libre Deuda

Por el presente certificamos que la Póliza N° 1767213 de Riesgos del Trabajo, que el asegurado INVAP INGENIERIA S A (Cuit 33642680159) ha suscripto en esta Compañía, con vigencia del 01-01-2001 al 31-12-2023, no presenta deuda exigible a la fecha hasta la base de liquidación 05-2023 (último endoso facturado 591), dando así cumplimiento a lo dispuesto por la ley 24.557.

Se extiende el presente certificado a pedido del interesado para ser presentado ante quien corresponda.

En la ciudad de La Plata, a los treinta días del mes de Junio del año dos mil veintitres .



Cr Laura Madariaga
Gerente Administrativo

Aclaración: El presente certificado no libera la obligación de pago que a futuro pueda surgir como consecuencia de ajustes de nomina retroactivos o por retiro de fondos que pueda realizar la AFIP

SELF

Federación Patronal Seguros S.A.
Casa Matriz Av. 51 nro. 770 La Plata y Sucursales
Tel. 0221 429-0200 Fax 0221 429-0229

REPORTE: CAJR30625
PAGINA: 1/1
FECHA: 30/06/2023

AVISO DE DEUDA

DATOS DE POLIZA:

POLIZA: 17/1420510-0 **ASEGURADO** M-782587::INVAP INGENIERIA S.A **ESTADO:** VIGENTE

FE. EMISION 18-11-2022 **VIG. DESDE** 01/12/2022 **VIG. HASTA** 30/11/2023 **TP. FACTURACION** COLECTIVA SEG. PERS

PRODUCTOR 23044-DE NAPOLI FLENSBORG KAI **ORG.** 60139-MIUNA ASESORES DE SEGUROS S

PLAN DE PAGO

Fe. Desde	Anticipo	Endoso	Fe. Emision	Estado	Mt. Premio	Mt.Imputado	Saldo
01/12/2022		1 REFACTURACION	09/01/2023	4-CANCELADO	942.25	942.25	0.00
				Mt. Cuota:	**942.25**		
01/01/2023		2 REFACTURACION	15/02/2023	4-CANCELADO	967.46	967.46	0.00
				Mt. Cuota:	**967.46**		
01/02/2023		3 REFACTURACION	14/03/2023	4-CANCELADO	967.46	967.46	0.00
				Mt. Cuota:	**967.46**		
01/03/2023		4 REFACTURACION	11/04/2023	4-CANCELADO	1880.64	1880.64	0.00
				Mt. Cuota:	**1880.64**		
01/04/2023		5 REFACTURACION	15/05/2023	4-CANCELADO	1880.64	1880.64	0.00
				Mt. Cuota:	**1880.64**		
01/05/2023		6 REFACTURACION	14/06/2023	1-PENDIENTE	2115.72	2103.72	12.00
				Mt. Cuota:	**2115.72**		
				TOTALES:	**8754.17**	**8742.17**	**12.00**

COBROS RENDIDOS

Ingreso	Tp. Pago	Origen Ingreso	Fe. Ingreso	Fe. Cobro	Mda.	Pronto Pago	Mt. Cobrado
17323374	CUOTA	AJUSTE COBRANZA CON C.	07/03/2023	11/01/2023	$		930.25
17323374	CUOTA	AJUSTE COBRANZA CON C.	07/03/2023	14/02/2023	$		967.46
17336909	CUOTA	AFIP VIDA OBLIGATORIO	15/03/2023	13/03/2023	$		967.46
17379701	CUOTA	AFIP VIDA OBLIGATORIO	14/04/2023	12/04/2023	$		1880.64
17427996	CUOTA	AFIP VIDA OBLIGATORIO	16/05/2023	12/05/2023	$		1880.64
17471660	CUOTA	AFIP VIDA OBLIGATORIO	15/06/2023	13/06/2023	$		2115.72

TOTAL COBRADO: **8742.17**

SALDO CONTABLE: **12.00**

COBROS EN TRAMITE

Rem. Prod.	Tp. Pago	Origen Ingreso	Fe. Ingreso	Fe. Cobro	Mda.	Pronto Pago	Mt. Cobrado

TOTAL EN TRAMITE:

SALDO VENCIDO: **12.00** **SALDO TOTAL: $** **12.00**

SOLICITUD DE COBERTURA FINANCIERA

Remesa/Prod	Fe.Solicitud	Usuario	Solicitado por	N°Solicitud SELF	Cuota Cobertura

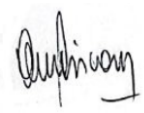
NOTA: Bienes asegurados y cobertura de los mismos según detalle de póliza.----------

Emitido por:

San Carlos de Bariloche 01 de septiembre 2023

Se informa por medio de la presente que INVAP INGENIERIA S.A. por contrato firmado con Pan American la póliza de RC no era un requisito, razón por el cual no aplica.

Se emite la presente para ser presentada a quien corresponda.



Sonia Viscay

Responsable del Personal

INVAP INGENIERIA S.A.