Av. Corrientes 1891 piso 5to
C1045AAA - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: 0800-222-7854
www.swissmedicalseguros.com.ar

Buenos Aires, 22 de Marzo de 2023

Datos del Asegurado

RAZON SOCIAL	MINDSHARE ARGENTINA SA
DOMICILIO	CHARCAS Nro. 5051 (C.P. 1425) CIUDAD DE BUENOS AIRES CAPITAL FEDERAL ARGENTINA

Datos del Contrato - Ley Riesgos del Trabajo 24557

CONTRATO N°	107512
CONTRATO SRT N°	2868137
CUIT N°	30707456732
VIGENCIA	1 de Febrero de 2011 - 31 de Enero de 2024
FECHA DE BAJA	
ACTIVIDAD	[732000] Estudio de mercado, realización de encuestas de opinión pública
ALICUOTAS VIGENTES	Fija: $0 - Variable 0,50%
LIMITES	Segun lo establecido en la Ley de Riesgo de Trabajo N° 24.557
COBERTURA	Segun Ley de Riesgo de Trabajo N° 24.557
UBICACION	Republica Argentina

Productor - Organizador

PRODUCTOR	MARSH S.A.
ORGANIZADOR	MARSH S.A.



Gustavo Cajiau
Gerente de Operaciones
Swiss Medical ART S.A.

Cláusulas Obligatorias

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 ART. 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 ART, 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. 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 podrá 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 o más empleadores, deberá celebrarse acuerdo entre ellos para coordinar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad laboral, siendo responsabilidad el titular del establecimiento procurar dicho acuerdo. 2) 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 deGeneral 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 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 10/97. **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 ART, 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 ART 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 ART. **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 art. 46 de la L.R.T. El empleador asegurado queda incluido a partir de los TREINTA (30) DIAS corridos posteriores al vencimiento del plazo que corresponda a la categoría en que clasifiquen, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución que incluya a los empleadores en el “Sistema de Ventanilla Electrónica” dispuesto por la Resolución S.R.T. N°635/08. Las notificaciones que con carácter fehaciente deban cursarse entre sí, SWISS MEDICAL ART S.A., el empleador, las Administraciones del Trabajo Locales (A.T.L) y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) podrán realizarse en forma electrónica, conforme la forma y modalidades que ésta última reglamente. A tal fin, el Empleador, deberá ingresar a la página institucional www.srt.gov.ar y seguir los pasos allí indicados. El domicilio electrónico creado en el marco del citado Sistema subsistirá aún en caso de Traspaso de Aseguradora, Rescisión contractual, Falta de Trabajadores o Cese de Actividad del Empleador, debidamente registrados ante la A.F.I.P.. Mientras el Administrador de Relaciones para la C.U.I.T del EMPLEADOR no especifique un responsable de la Notificación Electrónica se asignará la función al mismo Administrador. La Administración de Relaciones de la clave fiscal se gestiona en el sitio oficial de la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (A.F.I.P)

Av. Corrientes 1891 piso 5to
C1045AAA - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: 0800-222-7854
www.swissmedicalseguros.com.ar

Buenos Aires, 22 de Marzo de 2023

Datos del Asegurado

RAZON SOCIAL	MINDSHARE ARGENTINA SA
DOMICILIO	CHARCAS Nro. 5051 (C.P. 1425) CIUDAD DE BUENOS AIRES CAPITAL FEDERAL ARGENTINA

Datos del Contrato - Ley Riesgos del Trabajo 24557

CONTRATO N°	107512
CONTRATO SRT N°	2868137
CUIT N°	30707456732
VIGENCIA	1 de Febrero de 2011 - 31 de Enero de 2024
FECHA DE BAJA	
ACTIVIDAD	[732000] Estudio de mercado, realización de encuestas de opinión pública
ALICUOTAS VIGENTES	Fija: $0 - Variable 0,50%
LIMITES	Segun lo establecido en la Ley de Riesgo de Trabajo N° 24.557
COBERTURA	Segun Ley de Riesgo de Trabajo N° 24.557
UBICACION	Republica Argentina

Productor - Organizador

PRODUCTOR	MARSH S.A.
ORGANIZADOR	MARSH S.A.



Gustavo Cajiau
Gerente de Operaciones
Swiss Medical ART S.A.

Cláusulas Obligatorias

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 ART. 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 ART, 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. 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 podrá 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 o más empleadores, deberá celebrarse acuerdo entre ellos para coordinar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad laboral, siendo responsabilidad el titular del establecimiento procurar dicho acuerdo. 2) 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 deGeneral 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 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 10/97. **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 ART, 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 ART 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 ART. **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 art. 46 de la L.R.T. El empleador asegurado queda incluido a partir de los TREINTA (30) DIAS corridos posteriores al vencimiento del plazo que corresponda a la categoría en que clasifiquen, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución que incluya a los empleadores en el “Sistema de Ventanilla Electrónica” dispuesto por la Resolución S.R.T. N°635/08. Las notificaciones que con carácter fehaciente deban cursarse entre sí, SWISS MEDICAL ART S.A., el empleador, las Administraciones del Trabajo Locales (A.T.L) y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) podrán realizarse en forma electrónica, conforme la forma y modalidades que ésta última reglamente. A tal fin, el Empleador, deberá ingresar a la página institucional www.srt.gov.ar y seguir los pasos allí indicados. El domicilio electrónico creado en el marco del citado Sistema subsistirá aún en caso de Traspaso de Aseguradora, Rescisión contractual, Falta de Trabajadores o Cese de Actividad del Empleador, debidamente registrados ante la A.F.I.P.. Mientras el Administrador de Relaciones para la C.U.I.T del EMPLEADOR no especifique un responsable de la Notificación Electrónica se asignará la función al mismo Administrador. La Administración de Relaciones de la clave fiscal se gestiona en el sitio oficial de la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (A.F.I.P)

GENERALI CORPORATE
Compañía Argentina de Seguros

Reconquista 572 - C1003ABL Buenos Aires
Tel.: (011) 4857-7900 - Fax: (011) 4857-7920

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO 1567/74

Nº legajo, registro, ficha, etc.

Nombre y Apellido: SAMANTA GÓMEZ MAGARIÑOS

Documento Tipo: 1 DNI Nro.: 29039130

CUIL (o Nro. Libreta de Ahorro): 27-29039130-5

Expedido por:

Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO	Fecha de Ingreso al empleo		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
13	08	1981	$ 4.800	7	08	2005

Domicilio Particular:

Calle: ECUADOR Nro. 515 Piso 3 Dpto. A CP. 1214

Localidad: CAP. FED. Pcia.

Empleador: MINDSHARE ARGENTINA SA.

Calle: CHACABUCO Nro. 314 Piso 7 Dpto. CP.

Localidad: CAP FED. Pcia.

BENEFICIARIOS

Nombres y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%
Diana Gómez Magariños	hermana	Ecuador 515 3°A	27.860.106	
José Gómez Magariños	Papá	Ecuador 515 3°A	93.264.122	
Cristina Lagos	Mamá	Ecuador 515 3°A	11.361.431	

Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y fecha: BS AS, 7/03/05

Firma del Asegurado (o impresión digital)

TALON PARA EL EMPLEADOR

2107-01/01-50.000

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Por favor, escriba las respuestas con tinta y letra de imprenta mayúscula

ALICO
SEGUROS DE VIDA Y AHORRO

(Marque con una cruz) Solicitud inicial de cobertura — Titular [X] Cónyuge [ ] — Modificación de datos [ ]

Fecha de solicitud: 07/03/05

Solicitud Nº: A 00081121

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: MINOSTARE ARGENTINA S.A.

C.U.I.T. Nº: 30-71071516-7

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos / Nombre: Gómez Magariños Samanta

Legajo laboral Nº:

Fecha inicio vigencia de cobertura: 07/03/05

Capital asegurado:

DNI Nº: 29.031.310

Fecha de nacimiento: 13/08/81

Estado civil: Soltera

¿Es Ud. zurdo? SI [X] NO [ ]

Domicilio particular, calle: Ecuador

Número: 515

Piso: 3

Dpto.: A

Cód. postal: 1214

Localidad: Cap. Fed.

Provincia:

Teléfono: 4863-6010

E-mail: samas12@hotmail.com

Ocupación: Asistente en medios

Fecha de ingreso a la compañía: 07/03/05

Apellidos y nombre/s del titular *: Gómez Magariños Samanta

DNI Nº: 29.031.310

* En caso de ser cónyuge, indicar: nombre del titular, tipo y número de documento

COBERTURAS

(Marque con una cruz los beneficios establecidos en la póliza)

Muerte [ ] — Beneficios adicionales por muerte accidental [ ] — Incapacidad total y permanente por accidente [ ] — Transplantes [ ] — Pérdidas físicas parciales [ ]

Amparo familiar [ ] — Enfermedades graves [ ] — Renta por hospitalización [ ] — Cónyuge viudo [ ] — Hijo póstumo [ ] — Otros [ ]

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS / GRUPO FAMILIAR PROTEGIDO POR AMPARO

Apellidos y nombre/s	DNI Nº	Fecha de nac.	Parentesco	%
Gómez Magariños Diana	27.860.106	23/12/79	hermana	
Gómez Magariños Jose	93.264.122	15/06/45	Papá	
Lagos Cristina	11.362.431	16/10/54	Mamá	

Si no indica designación, se consignará como beneficiarios a los herederos legales directos, de acuerdo a lo establecido en póliza.

Padece de alguna enfermedad o algún tipo de discapacidad? SI [ ] NO [X]

En caso de haber respondido afirmativamente alguna pregunta, ampliar la respuesta con la información más detallada posible y adjuntar información respaldatoria.

* Solicito ser incluido en el Seguro de acuerdo con las condiciones de la póliza tomada por el contratante, autorizándolo a deducir de mis haberes el importe de la prima, si correspondiera.
* La aceptación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo (art. 4 de la Ley de Seguros Nº 17.418)

Firma del propuesto asegurado

Lugar y fecha: BsAs, 7/03/05

Aclaración firma del asegurado: Samanta Gómez Magariños

Sello y firma de la empresa contratante

ANA MARIA SMERIGLIO
DIRECTORA RECURSOS HUMANOS

USO INTERNO

Nombre del encuestador

Firma del responsable

Solicitud autorizada por

Control digitalización

Fecha

COPIA ASEGURADO (AMARILLO) COPIA CONTRATANTE (CELESTE)

Ante cualquier consulta, agradecemos comunicarse con nosotros telefónicamente llamando al (011) 4340-3534, por fax al (011) 4340-3534 o por e-mail a vir's.colectivo@alico.com.ar

AIG Una Compañía Miembro de American International Group Inc.

Tte. Gral Perón 646 3º Piso - C1038AAN Buenos Aires, Argentina
Tel: (54-11) 4340-3500 - Fax: (54-11) 4340-3572/73 - www.alico.co

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

MetLife

TALON PARA EL EMPLEADOR

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto 1567/74

Nº legajo, registro, ficha, etc.:

Compañía Aseguradora: **MetLife Seguros S.A.** Póliza Nº:

Nombre y Apellido: VALERIA EDITH LOBOS

Documento: Tipo: DNI Nro.: 29726 138
Expedido por:

C.U.I.L.: 27-29726138-5
(o Nº de libreta de Ahorro)

Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO	Fecha de Ingreso al Empleo		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
15	10	1982	$ 55.000.-	01	04	2019

Domicilio Particular:
Calle: Gabriela Mistral N°: 2539 Piso: 4 Depto: C Tel.: 1559798670
C.P.: 1419 Loc.: Buenos Aires Prov.: Email: valeria.e.lobos@gmail.com

Empleador:

Domicilio Empleador:
Calle: N°: Piso: Depto: Cod. Postal:
Localidad: Prov.:

BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Tipo y Nº Documento	Orden	%
FACUNDO DEL CERRO	PAREJA	GABRIELA MISTRAL 2539 4°C	DNI 28678293		100.

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

Lugar y Fecha Buenos Aires, 1 de Abril de 2019

Firma del Asegurado:
(o impresión digital)

VMSOOB003/6 ARG ED 12/18

Ante cualquier duda comuniquese con nosotros: 0800-666-4545 clientes.corporate@metlife.com.ar

MetLife Seguros S.A. Tte. Gral. J. D. Perón 646, 6° Piso - C1038AAN - CABA, Argentina

LA PRESENTE CONSTANCIA DEBERA SER REMITIDA POR EL EMPLEADOR A LA ASEGURADORA EN CASO DE RECLAMO DEL PAGO DEL BENEFICIO.
METLIFE SEGUROS S.A. ES UNA SOCIEDAD ANÓNIMA CONSTITUIDA EN ARGENTINA Y AUTORIZADA A OPERAR POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO CON CLAUSULA DE PREEXISTENCIA

Por favor, escriba las respuestas con tinta y letra de imprenta mayúscula

MetLife

(Marque con una cruz) Solicitud inicial de cobertura ☐ Titular ☐ Modificación de datos ☐

Fecha de solicitud: / /

Solicitud Nº: C

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: MINDSHARE ARGENTINA S.A.

Póliza: 30 1057/1

C.U.I.T. Nº: 30-70745673-2

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombre/s: LOBOS VALERIA EDITH

DNI / ~~LE~~ / ~~CI~~ / ~~PAS~~ / ~~LC~~ Nº: 29726138

Legajo laboral Nº:

Capital asegurado:

Fecha de nacimiento: 15 / 10 / 1982

Estado civil: Soltera

¿Es Ud. zurdo? SI ☐ NO ☒

Domicilio particular, calle: Gabriela Mistral

Número: 2539 Piso: 4 Dpto.: C Cód. postal: 1419 Localidad: Buenos Aires

Provincia:

Teléfono: 1559798670

E-mail: valeria.e.lobos@gmail.com

Ocupación: Analista

Fecha de ingreso a la compañía: 01 / 04 / 2019.

DATOS DEL CONYUGE (completar estos datos SOLAMENTE en caso de asegurarlo) *

*** IMPORTANTE:** quedan expresamente excluidos los cónyuges que estuvieran comprendidos en el seguro colectivo como integrantes del personal del contratante.

Apellidos y Nombre/s: DEL CERRO JUAN FACUNDO

DNI / ~~LE~~ / ~~CI~~ / ~~PAS~~ / ~~LC~~ Nº: 28878293

Fecha de nacimiento: 04 / 06 / 1981

Fecha de incorporación al seguro: 01 / 04 / 2019

Beneficiario del cónyuge: El Asegurado Titular

Capital Asegurado:

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS *

Apellidos y Nombre/s	DNI / LE / CI / PAS / LC Nº	Fecha de nacimiento o edad	Parentesco	%
DEL CERRO JUAN FACUNDO	28878293	04/06/81	Pareja	100

En caso de minoridad, designo como beneficiario a:

Apellidos y Nombre/s:

DNI / LE / CI / PAS / LC Nº:

* Solicito ser incluido en el Seguro de acuerdo con las condiciones de la póliza tomada por el contratante, autorizándolo a deducir de mis haberes el importe de la prima, si correspondiera.
* La aceptación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo (art. 4 de la Ley de Seguros Nº 17.418)
* Los riesgos cubiertos, los capitales máximos y demás condiciones del seguro, son los estipulados en la póliza respectiva.
* Se deja constancia de que el solicitante se encuentra en servicio activo con concurrencia diaria a sus tareas habituales y en el desempeño normal de las mismas, continuando hasta la fecha en relación de dependencia con esta entidad.

Acepto expresamente que:

* Las modificaciones de capital máximo se efectuarán periódicamente según la pauta de ajuste que el contratante convenga con la Compañía, a lo que da expresa conformidad el asegurado.
* Cada vez que se modifique el capital máximo la Compañía emitirá el endoso de estilo, y lo remitirá al contratante.
* El endoso también se encontrará a disposición del asegurado en las oficinas del contratante.

ATENCION MUY IMPORTANTE: LEA ESTA CLAUSULA Y EN CASO DE DUDA CONSULTE CON LA COMPAÑIA: "La compañía no abonará ninguna indemnización cuando el reclamo se hubiese originado a consecuencia de alguna enfermedad previamente diagnosticada al asegurado o que conste al asegurado por haber sido sometido a tratamiento o por haber sufrido síntomas, molestias o afecciones evidentes provocadas por la misma, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del seguro individual. Tales enfermedades o condiciones preexistentes serán tenidas en cuenta a los fines de esta exclusión de cobertura cuando directa o indirectamente, resultaren desencadenantes del Fallecimiento o Incapacidad, fueran la base de tal estado o tuvieren conexión principal con éste, y el hecho por el cual se reclame indemnización hubiese ocurrido dentro del primer año de cobertura del asegurado."

El Art. Nº5 de la Ley de Seguros Nº17.418 establece que "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiera sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato". A consecuencia, MetLife Seguros S.A. tiene la facultad de resolver la aceptación del seguro y no asume responsabilidad alguna hasta que el seguro haya sido aceptado por la misma. Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al seguro que Ud. solicita y se almacenarán en la base de datos de Clientes de MetLife Seguros S.A. que se encuentra registrada en la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inc 3 de la ley 25.326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Por medio de la presente autorizo a MetLife Seguros S.A. y las personas que ésta designe, a tener acceso a toda la información/documentación médica referida a mi persona, obrante en poder de profesionales y/o establecimientos asistenciales, así como a requerir todas las aclaraciones y explicaciones que pudieran resultar convenientes a efectos de este seguro.

Firma del propuesto asegurado (revalidar con su firma el duplicado y triplicado)

Lugar y fecha: Buenos Aires, 1 de Abril 2019

Aclaración firma del asegurado: Valeria Lobos.

Sello y firma de la empresa contratante

Ante cualquier duda o consulta llámenos al **0800-222-7500** de lunes a viernes de 9 a 18hs. o por mail a vida.colectivo@metlife.com.ar

METLIFE SEGUROS S.A. Tte. Gral. J. D. Perón 646 6° (C1038AAN) C.A.B.A. METLIFE SEGUROS S.A. ES UNA SOCIEDAD ANÓNIMA CONSTITUIDA EN ARGENTINA Y AUTORIZADA A OPERAR POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

COPIA ASEGURADO (AMARILLO) COPIA CONTRATANTE (CELESTE) COPIA COMPAÑÍA (BLANCO)

014 - FORM. REV. 09/09