Recupero Integral Srl
Talcahuano 750

(1414) Capital Federal-

3 / 07 / 100-0200860-01 / 0000 - T
7536- NATIONAL BROKERS S.A.

R16556

BIENVENIDO A MAPFRE

Estimado cliente:

Queremos agradecerle la confianza que ha depositado en **MAPFRE** tras habernos elegido como su compañía de seguros.

Para su comodidad, junto con esta carta, encontrará la documentación necesaria, exigida por la legislación vigente. Lo invitamos a leerla atentamente, con especial foco en:

- Datos de su póliza.
- Coberturas y servicios adicionales incluídos en su póliza, para su mejor utilización.

Por otro lado, y como parte de nuestra política de Responsabilidad Social, hemos adoptado el formato electrónico para la distribución de las pólizas y certificados, con el fin de agilizar y facilitar su recepción. Un formato que, además de mantener nuestro compromiso con la preservación del medio ambiente, nos permite ofrecerle un historial detallado de sus renovaciones y la posibilidad de solicitar una copia en cualquier momento y de modo inmediato.

Para mayor información y ante cualquier inquietud, consulte a su Productor Asesor o comuníquese con nuestra línea de atención para clientes.

En **MAPFRE** , nuestro compromiso es satisfacer sus necesidades y expectativas como asegurado, brindándole calidad de servicio y soluciones ágiles.

Cordialmente,

Jorge Cruz Aguado
Gerente General
MAPFRE Argentina

Beneficios exclusivos para nuestros Clientes

MAPFRE

Porque conocemos el valor de su confianza, en MAPFRE nuestro compromiso es estar cada vez más cerca suyo, con servicios y soluciones que respondan a sus necesidades.

GESTIONES ONLINE

Web exclusiva de Clientes / clientes.mapfre.com.ar
Los asegurados que cuenten con pólizas de automóviles (de facturación mensual y cuatrimestral, individuales) y Combinado Familiar y AP, tendrán acceso a este sitio exclusivo, para:

- Abonar cuotas y modificar formas de pago.
- Denunciar siniestros.
- Descargar certificado de circulación.
- Generar órdenes de reposición de cristales y cerraduras.
- Chequear tus pólizas.
- Adjuntar documentación de tu siniestro.
- Entre otros trámites online.

Líneas de asistencia para Clientes:

- WhatsApp para asistencia vehicular: +54 911 6299 6922
- WhatsApp para consultas y denuncias de siniestros: +54 911 2332 0911
- Contact Center: 0800 999 7424

ATENCIÓN PERSONALIZADA

Con el fin de estar cerca suyo y brindarle un servicio de excelencia, estamos **presentes en todo el país a través de más de 200 oficinas** comerciales. Además, contamos con centros de inspección al automotor, denominados **ServiMAPFRE**, donde podrá realizar verificaciones a su vehículo antes de contratar el seguro o luego de ocurrido un siniestro.

DENUNCIAS ÁGILES DE SINIESTROS

Ante la ocurrencia de un siniestro, cuenta con los siguientes canales disponibles para realizar su denuncia con agilidad:

- Web de Clientes: clientes.mapfre.com.ar
- Web de Terceros: terceros.mapfre.com.ar
- WhatsApp: +54 911 2332 0911

PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA CLIENTES / tecuidamos.mapfre.com.ar

MAPFRE teCuidamos es el Programa de Beneficios exclusivo para nuestros clientes. Descuentos en el cuidado del auto (alineación, balanceo, lubricentro, revisión y lavado) y hogar, son algunos de los beneficios disponibles a los cuales todo cliente de MAPFRE puede acceder presentando simplemente una copia de su póliza y DNI.

Requisitos de identificación de nuestros clientes:

A fin de dar cumplimiento a los requisitos mínimos exigidos para su identificación, conforme lo establecido en la resolución 28/2018 de la **Unidad de Información Financiera (UIF)**, solicitamos que por favor ingrese a nuestra Web de Clientes mediante https://clientes.mapfre.com.ar para cumplimentar lo siguiente:

- Declaración jurada indicando si reviste la condición de **Persona Expuesta Políticamente (PEP)**.
- Indicar si es sujeto obligado en los términos de la ley 25.246 y, en su caso, dar cuenta de la declaración jurada de cumplimiento de dicha norma y a la vez adjuntar constancia de inscripción ante la **Unidad de Información Financiera (UIF)**.

R174/65

MAPFRE

ES COPIA

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO

I.V.A. RESP. INSCRIPTO
ING. BR.: C.M. 902-029830-8
C.U.I.T.: 33-70089372-9

POLIZA N°: 101-0200860-01

SUPLEMENTO N°: 0

EMISION: 13/08/2019

VIGENCIA DEL SEGURO O ENDOSO

Desde las 12 hs del	Hasta las 12 hs del
01/08/2019	01/08/2020

MATRICULA PAS: 748

CASA CENTRAL: Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires Te: 011-4320-6700 Fax: 4320-6706
OF. COMERCIAL :LAVALLE 348 PLANTA BAJA ,(1306) CAPITAL FEDERAL Te:4320-8699 Fax:4320-8641

Para consultas o reclamos, comunicarse con MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A al 0800-999-7424

CONDICIONES DECRETO 1567/74

Entre MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A., en adelante "La Compañía" y el "Asegurado" y el "Tomador", en su caso, luego indicados, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las Condiciones Generales, Especiales y Particulares.

TOMADOR: RECUPERO INTEGRAL SRL C.U.I.T. 33-71463817-9 IVA: Responsable Inscripto
DOMICILIO: Talcahuano 750 REF.:007/0200860/000 T
OBSERVACIONES: C.P.: 1414
LOCALIDAD: Capital Federal- TEL.: 011 52721160

OBJETO DEL SEGURO - RIESGOS ASUMIDOS Y SUMAS ASEGURADAS

CANTIDAD DE VIDAS ASEGURADAS: 96
SUMA ASEGURADA.....: $ 6.600.000,00
SUMA ASEGURADA POR PERSONA..: $ 68.750,00 PRIMA: $ 14,094 por mes por cada trabajador
PERIODO FACTURADO.....: 01/08/2019 AL 31/07/2020
RIESGOS CUBIERTOS.....: MUERTE EXCLUSIVAMENTE (CG-VO)

ANEXOS Y/O CLAUSULAS APLICABLES A LA POLIZA

Forman parte integrante de las condiciones de la presente poliza los siguientes Anexos y/o Clausulas:
*** CG-VO**

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.

D658AE9F28C6B8A7E15F79710020086000000

R17512

DESGLOSE DEL PREMIO - FACTURA

PRIMA	$	16.236,00
Derecho De Emision	$	25,00
*** PREMIO TOTAL	$	16.261,00

PLAN DE PAGOS

VER ANEXO ADJUNTO

- Cuando se mencionen los vocablos "ASEGURADO" o "TOMADOR" o "CONTRATANTE" se considerarán indistintamente según corresponda.
- Cuando el texto de la póliza difiera 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.
- Solamente las cláusulas y/o artículos y/o anexos que se citan forman parte integrante del presente contrato.
- Conste que la emisión de cualquier suplemento sobre esta póliza no implica la rehabilitación de cobertura si la misma se haya suspendida por falta de pago en término, a la fecha de emisión del suplemento.

CLAUSULAS APLICABLES: **Anexo A**

Esta poliza ha sido aprobada por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por Resolucion 26.738.

7536 NATIONAL BROKERS S.A.

MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A.

Jorge Cruz Aguado
Gerente General

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.

La Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma según Circular SSN N° 4462.
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 (0342)415-4598. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mapfre.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.

MAPFRE

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires

SECCION: VIDA OBLIGATORIO

POLIZA: 101-0200860-01

ENDOSO: 0

PLAN DE PAGOS

	VENCIMIENTO		IMPORTE
VENCE	01/09/2019	$	1.383,94
	01/10/2019	$	1.352,46
	01/11/2019	$	1.352,46
	01/12/2019	$	1.352,46
	01/01/2020	$	1.352,46
	01/02/2020	$	1.352,46
	01/03/2020	$	1.352,46
	01/04/2020	$	1.352,46
	01/05/2020	$	1.352,46
	01/06/2020	$	1.352,46
	01/07/2020	$	1.352,46
	01/08/2020	$	1.352,46

R14371

Alférez H. Bouchard 4191 (B1605BNA) - Munro - Prov. de Buenos Aires
Te: 4320-6700 / 9400 - Fax: 4320-6762

SECCION: VIDA OBLIGATORIO — POLIZA: 101-0200860-01
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO

CG-VO CONDICIONES GENERALES

ARTICULO 1º OBJETO:

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

ARTICULO 2º EXCLUSIONES:

Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley Nº 16.600;
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTICULO 3º PRESTACION:

La prestación establecida por el Decreto Nº 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTICULO 4º CONTRATACION DEL SEGURO:

Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nº 1567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

ARTICULO 5º PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACION DEL CAPITAL ASEGURADO - AJUSTE DE PRIMAS:

El costo del seguro estará a cargo del empleador.
La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.

PRIMA:
La prima se fija en $ 0,205 (PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS) mensuales por cada $ 1.000 (PESOS MIL).

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.

ARTICULO 6º AUTORIZACION PARA OPERAR EN LA COBERTURA:

SECCION: VIDA OBLIGATORIO — POLIZA: 101-0200860-01
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas a operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nº 1567/74" que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.
En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán, copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informará la fecha y el número de Resolución de Superintendencia de Seguros de la Nación que la autoriza a operar en la Rama Vida.

ARTICULO 7º SOLICITUD DEL SEGURO - EMISION DE LA POLIZA - NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO:

SOLICITUD DEL SEGURO:
Las solicitudes de seguro que formulen los Tomadores serán acompañadas de manera indefectible, con:

a. Copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema « Mi Simplificación », ambos a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).
b. Constancia de baja de la cobertura correspondiente al período anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay en caso de corresponder, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período.

A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluído 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 incluído 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.

EMISION Y ENTREGA DE POLIZA - 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 correspondiente mes calendario. Esto también es aplicable a las renovaciones.
Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al Tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los 15 (quince) días de celebrado el contrato.
Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto « Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74 » y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del Tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC).
A los efectos de facilitar la información de los Asegurados, el Tomador de la póliza deberá exhibir un afiche donde se indique:

a. Aseguradora donde se encuentra vigente la cobertura, domicilio, teléfonos, y dirección electrónica.
b. Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo I) del Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74.

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

c. Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la Superintendencia de Seguros de la Nación, con su dirección, teléfonos, y dirección electrónica.

El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo un (1) tamaño de sesenta centímetros (60 cm) de alto por cuarenta y cinco centímetros (45 cm) de ancho. Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los Tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos 1 (UNO) afiche por cada establecimiento.
La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los Empleadores - Tomadores del seguro, quienes expondrán al menos 1 (uno) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores. Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción.
Es de exclusiva responsabilidad del Empleador - Tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

ARTICULO 8º DESIGNACION DE BENEFICIARIOS:

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al Tomador que efectúe la comunicación a los Asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 15 (quince) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al Tomador del seguro, por cada Asegurado, el « Formulario de Designación de Beneficiarios » que como Anexo II) forma parte del Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74.
En el « Formulario de Designación de Beneficiarios » que le proporcionará el empleador; el Asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del Asegurado.
En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241.
A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la 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.

ARTICULO 9º VIGENCIA: PERIODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD - TRASPASO DE ASEGURADORA:

Únicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá 30 (TREINTA) días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha.
Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora 0 (CERO) del trigésimo primer día posterior a la solicitud del seguro.
Las aseguradoras al emitir las pólizas correspondientes por inicio de actividades de los empleadores, deberán tomar en consideración lo establecido en el Artículo 7º del presente Anexo.

SECCION: VIDA OBLIGATORIO — POLIZA: 101-0200860-01
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

En el caso en que el Tomador hubiera contratado la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74 en una entidad aseguradora y:

a. Resolviera contratarla con otra, existiendo continuidad asegurativa no le alcanza el plazo de carencia mencionado en el presente artículo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los Artículos 7º y 8º del presente Reglamento.
b. Durante la vigencia de la misma, decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del día primero del mes calendario siguiente a la baja de la anterior cobertura.

Para emitir la póliza, la nueva entidad aseguradora deberá exigir al Tomador - Empleador una constancia de baja de cobertura, emitida por la anterior aseguradora desde el Sistema Kausay, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período.
La responsabilidad del Asegurador comienza a la hora 0 (cero) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a la hora 24 (veinticuatro) del último día de vigencia estipulado.

ARTICULO 10º DERECHO DE EMISION, GASTOS DE ADMINISTRACION Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACION A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCION DE TASA UNIFORME:

El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el Asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:

Hasta 25 Asegurados	$ 12.-
26 a 50 Asegurados	$ 17.-
Más de 50 Asegurados	$ 25.-

El Tomador - Empleador, cuando corresponda, declarará y abonará el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS.
De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un veintidós con setenta por ciento (22.70 %), para atender los gastos de administración de esta cobertura.
Las entidades aseguradoras podrán reconocer a los productores asesores de seguros una participación de los fondos provenientes de los gastos de administración. La liquidación de las participaciones será efectuada por las entidades aseguradoras.
Atento a la naturaleza particular del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del artículo 81° de la Ley Nº 20.091.

ARTICULO 11º PAGO DEL PREMIO:

El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el Tomador - Empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en

consideración el valor del premio vigente, a partir de lo establecido en el Artículo 2º y lo determinado en el Artículo 6º de la Resolución SSN Nº 35.333 del 16 de septiembre de 2010 y sus modificatorias.
Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con el Sistema Único de Seguridad Social (S.U.S.S.), con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el Artículo 1º de la Ley Nº 26.844, las que serán abonadas directamente a las aseguradoras. A tal efecto la Administración Federal de Ingresos Públicos queda facultada para dictar las normas operativas que resulten necesarias.
La 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 18º del presente reglamento.
Si el empleador determinara e ingresara el monto del premio, sin haber contratado una póliza con una Aseguradora o la relación aseguradora - CUIT sea errónea o esté fuera de vigencia, no implicará cobertura automática en dicho seguro. En dichos supuestos la Administración Federal de Ingresos Públicos direccionará los montos y la información a la Superintendencia de Seguros de la Nación.
Regularizados los supuestos antes mencionados, los futuros pagos que efectúen serán transferidos por la AFIP a las entidades aseguradoras que correspondan conforme el procedimiento establecido en el Artículo 12 del presente anexo.

ARTICULO 13º 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 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.

ARTICULO 14º 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 declarado al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema « Mi Simplificación », lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere. La aseguradora, sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la Administración Federal de Ingresos Públicos, tendrá derecho a exigir al Tomador la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.
Para el caso que el Tomador - Empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social, las altas y bajas deberán ser comunicadas mensualmente a la aseguradora. A fin de mantener vigente la cobertura, el Tomador - Empleador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11 del presente reglamento.

ARTIUCLO 15º LIQUIDACION DEL SINIESTRO:

SECCION: VIDA OBLIGATORIO — POLIZA: 101-0200860-01
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

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° del presente Reglamento.
En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:

1. Partida de Defunción del Asegurado;

2. Constancia de CUIL del trabajador;

3. Copia de la nómina de empleados del Tomador - Empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento;

4. Constancia del pago del premio;

5. Copia certificada por el Empleador del último recibo de haberes o liquidación final;

6. Copia certificada por el Empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido;

7. Formulario de Designación de Beneficiarios;

8. En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta emitida por la ANSES o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el Asegurado fallecido;

9.Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación:

a. El/los Beneficiario/s: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, y declaración del último domicilio real.
b. Derechohabientes:
b.1. El/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a seis (6) meses de su presentación para la liquidación del siniestro.
b.2. El/la conviviente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; Información Sumaria Judicial y Declaración de Derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).
b.3. Hijos/as: fotocopia del Documento Nacional de Identidad y partida de nacimiento legalizada, y de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal conforme lo

dispuesto en el Artículo 10 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 Nro. 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General Nro. 2016/2006) de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y sus modificatorias.
Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante:

a. La falta de reclamo por parte de los Beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) conforme lo reglado por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241 o testamentarios.
b. Luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago.

En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:

1. Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave Única de Identificación de Contratos;

2. Certificación por parte de la aseguradora de la vigencia de la cobertura al momento de ocurrencia del siniestro;

3. Copia certificada de toda la documentación que obrare en su poder incluyendo también las constancias que acrediten las comunicaciones y requerimientos efectuados al empleador, beneficiarios designados o posibles herederos;

4. Constancia del depósito en la Caja Compensadora.

Las entidades aseguradoras no podrán integrar las sumas debidas en concepto de indemnizaciones de otros seguros de vida con el beneficio instituido por el Decreto Nro. 1567/74, debiendo proceder a otorgar al Beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

ARTICULO 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;

SECCION: VIDA OBLIGATORIO — POLIZA: 101-0200860-01
DETALLE A NIVEL POLIZA — ENDOSO: 0

CONDICIONES PARTICULARES
DATOS COMPLEMENTARIOS

6. Compensar los saldos que arrojen sus declaraciones juradas, con las sumas debidas por la Caja Compensadora por períodos anteriores;

7. Coasegurar y reasegurar.

ARTICULO 18° RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR:

El Empleador será directamente responsable por el pago del beneficio ante la falta de concertación del seguro.
La suspensión del seguro, por falta de pago o pago insuficiente del premio y la consecuente rescisión en su caso, hará directamente responsable al Empleador por el pago del beneficio.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Ciudad de Buenos Aires, 23 de julio de 2024.

Sres.

BANCO BBVA ARGENTINA SA

Presente

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, certificamos que la empresa RECUPERO INTEGRAL SRL se encuentra asegurada por EXPERTA ART S.A. conforme lo establecido en la Ley N° 24.557 y sus normas reglamentarias.

- *N° de Contrato de Afiliación: 5516235*
- *N° de CUIT: 33714638179*
- *Vigencia: desde el 01 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024*

En este sentido se debe tener presente que el contrato mencionado puede ser rescindido por las siguientes causales:

I. Por parte del empleador: (art. 15 Decreto 334/96):

a) habiendo transcurrido seis meses de vigencia del contrato con aporte efectivamente realizado. La facultad de rescisión sólo podrá ser ejercida nuevamente transcurrido un año de efectuado el cambio de Aseguradora por esta causa;

b) en cualquier momento en los siguientes casos:

1. cese la actividad del establecimiento o la explotación;
2. el empleador no tenga más trabajadores en relación de dependencia;
3. por encontrarse la aseguradora suspendida o revocada su autorización para funcionar o en proceso de liquidación

II. Por parte de la aseguradora (ap. 6 de la Ley 24557, redacción conforme art. 12 Ley 27.348):

a) falta de pago de dos cuotas mensuales, consecutivas o alternadas;

b) la acumulación de una deuda total equivalente a dos cuotas tomando como referencia la de mayor valor en el último año.

Sin otro particular, saludamos a Uds. muy atentamente.

Juan Pablo Charlot
Apoderado
Experta A.R.T. S.A.

N° de folio: 15307720
Confeccionado por: INTERNET

EXPERTA ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DE TRABAJO
EMPLEADOS DECLARADOS EN EL CONTRATO N° 5516235
CON VIGENCIA AL 23 DE JULIO DE 2024

CUIT: 33714638179 **Razón Social: RECUPERO INTEGRAL SRL**

Tipo	Documento	Nombre del Empleado
C.U.I.L.	20400117102	Albo Anabel Sonia
C.U.I.L.	27316832860	BAEZ REBECA NATALIA
C.U.I.L.	20373549828	BARRIENTOS EUGENIO JOEL
C.U.I.L.	20397583326	BASTIDA LUCAS EZEQUIEL
C.U.I.L.	20411513778	BIDEGAIN FEDERICO EZEQUIEL
C.U.I.L.	20356318502	BLANCO GERMAN OSVALDO
C.U.I.L.	27364024334	CACERES LORENA BELEN
C.U.I.L.	27381659645	CALVETE NOELIA ANAHI
C.U.I.L.	23319444564	CARABAJAL NADIA DELICIA
C.U.I.L.	23320058759	CASTILLO LEONARDO DAVID
C.U.I.L.	20457481854	CORDO LEANDRO NICOLAS
C.U.I.L.	23425676369	Chamorro Vázquez Chiara Nicole
C.U.I.L.	20286390146	Escobar Juan Ramon
C.U.I.L.	20386198366	FARA OROPEZA JESUS RUBEN ANTON
C.U.I.L.	27299050489	FRAILE DANIELA SOLEDAD
C.U.I.L.	27436641937	Fernandez Melany
C.U.I.L.	20350838016	GARCIA FLORES AGUSTIN ALFREDO
C.U.I.L.	27355595876	GERMANIER NOELIA VERONICA
C.U.I.L.	27345365449	GIANI PAULA SOLEDAD
C.U.I.L.	27364019284	GUERRA MARTINA
C.U.I.L.	27954950617	Gomez ZambranoMaria Liliana
C.U.I.L.	27365669983	LAGAR YAMILA DANIELA
C.U.I.L.	27391673514	MAGRONE DANIELA AYELEN
C.U.I.L.	27296711395	MANTILLA RITA SABRINA
C.U.I.L.	27345190460	MARTINEZ FONTANA CLAUDIA CECIL

C.U.I.L.	27352989539	MASSUH MARIA VICTORIA
C.U.I.L.	27431698388	Mendoza Brisa
C.U.I.L.	27286793377	Noblie Laura
C.U.I.L.	27429977156	OCAMPOS VALERIA
C.U.I.L.	27344704231	Ojeda Stefania Ruth
C.U.I.L.	27429444395	Ortiz Aylen Ludmila
C.U.I.L.	27400967291	PEREZ MAGALI TATIANA
C.U.I.L.	27327678715	PEÑA GRAGEDA CAROLA ELIZABETH
C.U.I.L.	20247582984	POMPONE ESTEBAN OSCAR
C.U.I.L.	20412694091	Peñarol Méndez José Nahuel
C.U.I.L.	20421444251	QUESADA DAVID TOMAS
C.U.I.L.	27314627178	RODRIGUEZ MARIA ELENA
C.U.I.L.	27345204569	ROMERO FLORENCIA CECILIA
C.U.I.L.	27434456199	Ruiz Alejandra
C.U.I.L.	27390615898	SALAZAR SARA SUSANA
C.U.I.L.	20358627146	SIERRA MAXIMILIANO ADRIAN
C.U.I.L.	20323117250	STAZZONE MARTIN NICOLAS
C.U.I.L.	23360147894	Santos Gabriela
C.U.I.L.	27381136103	Suarez Yezmin Antonella
C.U.I.L.	27433275166	sanabria Merlina Sanabria

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Ciudad de Buenos Aires, 23 de julio de 2024.

Sres.

A quien corresponda

Presente

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, certificamos que la empresa RECUPERO INTEGRAL SRL se encuentra asegurada por EXPERTA ART S.A. conforme lo establecido en la Ley N° 24.557 y sus normas reglamentarias.

- *N° de Contrato de Afiliación: 5516235*
- *N° de CUIT: 33714638179*
- *Vigencia: desde el 01 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024*

En este sentido se debe tener presente que el contrato mencionado puede ser rescindido por las siguientes causales:

I. Por parte del empleador: (art. 15 Decreto 334/96):

a) habiendo transcurrido seis meses de vigencia del contrato con aporte efectivamente realizado. La facultad de rescisión sólo podrá ser ejercida nuevamente transcurrido un año de efectuado el cambio de Aseguradora por esta causa;

b) en cualquier momento en los siguientes casos:

1. cese la actividad del establecimiento o la explotación;
2. el empleador no tenga más trabajadores en relación de dependencia;
3. por encontrarse la aseguradora suspendida o revocada su autorización para funcionar o en proceso de liquidación

II. Por parte de la aseguradora (ap. 6 de la Ley 24557, redacción conforme art. 12 Ley 27.348):

a) falta de pago de dos cuotas mensuales, consecutivas o alternadas;

b) la acumulación de una deuda total equivalente a dos cuotas tomando como referencia la de mayor valor en el último año.

Sin otro particular, saludamos a Uds. muy atentamente.

Juan Pablo Charlot
Apoderado
Experta A.R.T. S.A.

N° de folio: 15307721
Confeccionado por: INTERNET

EXPERTA ART
ASEGURADORA DE RIESGOS DE TRABAJO
EMPLEADOS DECLARADOS EN EL CONTRATO N° 5516235
CON VIGENCIA AL 23 DE JULIO DE 2024

CUIT: 33714638179 **Razón Social: RECUPERO INTEGRAL SRL**

Tipo	Documento	Nombre del Empleado
C.U.I.L.	20400117102	Albo Anabel Sonia
C.U.I.L.	27316832860	BAEZ REBECA NATALIA
C.U.I.L.	20373549828	BARRIENTOS EUGENIO JOEL
C.U.I.L.	20397583326	BASTIDA LUCAS EZEQUIEL
C.U.I.L.	20411513778	BIDEGAIN FEDERICO EZEQUIEL
C.U.I.L.	20356318502	BLANCO GERMAN OSVALDO
C.U.I.L.	27364024334	CACERES LORENA BELEN
C.U.I.L.	27381659645	CALVETE NOELIA ANAHI
C.U.I.L.	23319444564	CARABAJAL NADIA DELICIA
C.U.I.L.	23320058759	CASTILLO LEONARDO DAVID
C.U.I.L.	20457481854	CORDO LEANDRO NICOLAS
C.U.I.L.	23425676369	Chamorro Vázquez Chiara Nicole
C.U.I.L.	20286390146	Escobar Juan Ramon
C.U.I.L.	20386198366	FARA OROPEZA JESUS RUBEN ANTON
C.U.I.L.	27299050489	FRAILE DANIELA SOLEDAD
C.U.I.L.	27436641937	Fernandez Melany
C.U.I.L.	20350838016	GARCIA FLORES AGUSTIN ALFREDO
C.U.I.L.	27355595876	GERMANIER NOELIA VERONICA
C.U.I.L.	27345365449	GIANI PAULA SOLEDAD
C.U.I.L.	27364019284	GUERRA MARTINA
C.U.I.L.	27954950617	Gomez ZambranoMaria Liliana
C.U.I.L.	27365669983	LAGAR YAMILA DANIELA
C.U.I.L.	27391673514	MAGRONE DANIELA AYELEN
C.U.I.L.	27296711395	MANTILLA RITA SABRINA
C.U.I.L.	27345190460	MARTINEZ FONTANA CLAUDIA CECIL

C.U.I.L.	27352989539	MASSUH MARIA VICTORIA
C.U.I.L.	27431698388	Mendoza Brisa
C.U.I.L.	27286793377	Noblie Laura
C.U.I.L.	27429977156	OCAMPOS VALERIA
C.U.I.L.	27344704231	Ojeda Stefania Ruth
C.U.I.L.	27429444395	Ortiz Aylen Ludmila
C.U.I.L.	27400967291	PEREZ MAGALI TATIANA
C.U.I.L.	27327678715	PEÑA GRAGEDA CAROLA ELIZABETH
C.U.I.L.	20247582984	POMPONE ESTEBAN OSCAR
C.U.I.L.	20412694091	Peñarol Méndez José Nahuel
C.U.I.L.	20421444251	QUESADA DAVID TOMAS
C.U.I.L.	27314627178	RODRIGUEZ MARIA ELENA
C.U.I.L.	27345204569	ROMERO FLORENCIA CECILIA
C.U.I.L.	27434456199	Ruiz Alejandra
C.U.I.L.	27390615898	SALAZAR SARA SUSANA
C.U.I.L.	20358627146	SIERRA MAXIMILIANO ADRIAN
C.U.I.L.	20323117250	STAZZONE MARTIN NICOLAS
C.U.I.L.	23360147894	Santos Gabriela
C.U.I.L.	27381136103	Suarez Yezmin Antonella
C.U.I.L.	27433275166	sanabria Merlina Sanabria