Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 10 de septiembre de 2024

Atte. Control Legalidad

De nuestra mayor consideración:

Por medio de la presente les informamos que estamos presentando inconvenientes para emitir la constancia de cobertura de SCVO.

Mientras aguardamos respuesta de la compañía les hacemos llegar frente de póliza con su correspondiente pago.

Hacemos propicia la oportunidad para saludarlo muy atentamente.



Esteban Czornogas
Presidente

CDA Tecnología Informática S.A.
Av. Caseros 3515
CP: C1263AAE
Buenos Aires – Argentina
Tel: (54 11) 4331 - 3711
info@cdainfo.com

www.cdainfo.com

CDA TECNOLOGIA INFORMATICA S.A. (140135)
PERON 580 PISO 1
CAPITAL FEDERAL - BUENOS AIRES
(1022) (Póliza:27-58418-1)

00500 / Cor-Aseg

BOSTON
SEGUROS

Estimado Cliente:

En Boston Seguros, protegemos con pasión y profesionalismo todo lo que es valioso para USTED.
Nos esforzamos en brindarle un asesoramiento destacado generando confianza y respaldo.

Desarrollamos todos nuestros productos y servicios con atributos diferenciadores. En este sentido es que le hacemos llegar la presente nota, con información importante para que Usted tenga en cuenta:

- ✓ **Denuncias de Siniestros de otros Riesgos**
- ✓ **Servicio de Atención al Asegurado**
- ✓ **Prevención de Fraude en Seguros**

DENUNCIAS DE SINIESTROS DE OTROS RIESGOS (NO AUTOMOTORES)

Para denunciar siniestros de Hogar, Integral de Comercio, Vida y demás riesgos, solicitamos contactarse con su Productor Asesor de Seguros o con nuestro Centro de Atención al Cliente, llamando al (011) 4324-5555.

Recuerde que puede descargar los formularios de denuncias de Riesgos Varios, Vida y Accidentes Personales desde nuestra página www.boston.com.ar

SERVICIO DE ATENCION AL ASEGURADO

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 4324-5555. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.boston.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

CENTRO DE ATENCION AL CLIENTE BOSTON

Por correo electrónico a **atencionalcliente@boston.com.ar** les responderemos antes de las 24hs de ingreso de su consulta.

PREVENCION DE FRAUDE

Boston Seguros está comprometido a combatir el fraude en el mercado asegurador. Entendemos que este flagelo que crece día a día no solo afecta a las Compañías de Seguros ocasionado grandes pérdidas económicas, sino también, perjudica a toda la Comunidad e incide en el costo de las primas.

Por tal motivo, queremos compartir con Ud. algunos conceptos que seguramente le serán útiles para reconocer situaciones a las que pueda estar expuesto:

- Nunca firme en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
- Nunca debe aceptar dinero, o suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
- No debe modificar el estado de las cosas dañadas por el siniestro (con excepción de la obligación de salvamento en orden a que en la medida de sus posibilidades debe evitar o disminuir el agravamiento del daño), como tampoco exagerar fraudulentamente los daños; emplear pruebas falsas; o proporcionar información complementaria falsa.
- Las declaraciones falsas o toda reticencia de circunstancias conocidas por Usted, aun hechas de buena fe, que de ser tomadas en cuenta hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, hacen nulo el contrato, resultando de mayor gravedad las consecuencias frente a actitudes dolosas o de mala fe.
- Recuerde que puede ser voluntaria o involuntariamente implicados en una maniobra de fraude. Siempre existe el riesgo de que alguna persona con muy malas intenciones lo induzca a realizar prácticas que están por fuera de la ley.
- Nunca debe avenirse a cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
- Nunca debe facilitar los datos ni el acceso de sus pólizas a terceros cuando ello no se justifique, ni permitir que se sustituyan o simulen las reales circunstancias personales, temporales, objetivas o causales, relativas al acaecimiento de un siniestro.
- Deben mantenerse alerta sobre accidentes repentinos o de extraña modalidad que sufra, especialmente si están involucrados presuntos afectados en bicicleta o motocicleta.
- Debe procurar obtener datos de testigos reales y documentar, acorde a sus posibilidades, las circunstancias del siniestro (por ejemplo: fotografías, filmaciones, etc.) para evitar que aquéllas sean distorsionadas en su contra.
- Siempre debe consultar con su Compañía de seguros ante cualquier duda o eventualidad y comunicar novedades que surjan.
- Recuerde que deben formular la denuncia del acaecimiento del siniestro. Procure formalizar dicha denuncia y que le sea informado el número de siniestro por el que tramitará internamente en la entidad.

- Tengan presente que sus coberturas pueden tener limitaciones, en orden a ítems, riesgos o conceptos no cubiertos, v.gr., en virtud de franquicias o por la adopción de sistemas personalizados, usualmente conocidos “de scoring”, en los que la prima se define acorde a mediciones estadísticas respecto de la siniestralidad, dependiendo de distintas variables personales, del bien asegurado, de su uso y geográficas, que deben ser respetadas.

- Deben estar advertidos respecto de la oferta de coberturas, generalmente de costo por debajo de la media del mercado, por parte de comercializadores no autorizados.

- Si bien está permitido asegurar el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, en su caso tal extremo debe ser notificado a todas las entidades. No es lícito que la indemnización supere el monto de daño sufrido, como tampoco perseguir el cobro respecto de un siniestro que ya fue reparado por alguna otra aseguradora.

- No adquieran autopartes o repuestos de dudosa procedencia. No sólo porque pueden ser el producido de un delito grave, sino porque tampoco está garantizada su calidad. En su caso, acuda a los desarmaderos legalmente regulados, cuyos productos están certificados e identificados. Para mayor información ingrese en www.dnrpa.gov.ar y así podrá acceder al listado de desarmaderos inscriptos en el Registro Unico de Desarmaderos de Automotores (RUDAC).

Ante cualquier caso o sospecha de fraude puede enviar un email a prevencionfraude@boston.com.ar, informando nombre y apellido, DNI, patente y toda otra información que pueda aportar sobre los hechos. Describa lo sucedido enumerando cada uno de los mismos: ¿Qué ocurrió?, ¿Cómo ocurrió?, ¿Cuando ocurrió?, ¿Donde ocurrió?, ¿Quién lo hizo?, ¿Con quién?, etc.

Estimado Cliente,

Atento a las características de la cobertura de esta póliza, consideramos necesario hacer algunos comentarios con respecto a la administración de la misma:

- *Mensualmente, Ud., deberá cargar las nominas de asegurados en la AFIP, con el formulario 931, en caso de corresponder según lo indicado en las condiciones de poliza.*

- *Asimismo, Ud., debera informar a esta Compañía las novedades de* ***altas, bajas en caso de corresponder según lo indicado en las condiciones de poliza.. Este ultimo aplica para empleados domésticos.***

- *Las altas deberán contener la siguiente información a fin de poder ingresar los asegurados a la cobertura:*
  Apellido y Nombre completo - DNI o CUIL - Alta Temprana. -

Designaciones de Beneficiarios:

A los efectos de no tener inconvenientes y atrasos al momento de liquidar un siniestro, rogamos tengan a bien llevar un estricto control en cuanto a las Designaciones de Beneficiarios:

- *Estas deben estar completas y firmadas en original con el detalle del Nº de poliza. El Original debe ser ingresado en la Compañía en caso de siniestro y el Duplicado y Triplicado quedan en poder del Tomador y del Asegurado respectivamente.*
- *Es de fundamental importancia que este formulario sea completado en toda su extensión, y es necesario que figuren los nombres completos, números de documento y porcentaje a recibir de cada Beneficiario.*
- *Por favor tener en cuenta lo citado en el artículo 15) de las Condiciones de Póliza.*

Boston Compañía Argentina de Seguros S.A.

BOSTON SEGUROS

CUIT 30-50000111-5

Entre BOSTON COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S. A. con domicilio en Suipacha 268, Buenos Aires en adelante "EL ASEGURADOR" y quien a la derecha se designa con el nombre de "ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las Condiciones Particulares y Generales detalladas más abajo anexadas a la presente póliza o endoso y que forman parte integrante de la misma.

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO

POLIZA	RENUEVA A	EMISION FECHA/LUGAR
58418	56110	C.A.B.A, 26 09 2023

VIGENTE DESDE LAS 0HS DEL	VIGENTE HASTA LAS 0HS DEL
01 10 2023	30 09 2024

TOMADOR

CDA TECNOLOGIA INFORMATICA S.A. (140135) CUIT: 30-69159572-9

PERON 580 PISO 1
CAPITAL FEDERAL (1022) BUENOS AIRES

PRODUCTOR

Condiciones Particulares

BOSTON COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. certifica que se encuentran asegurados bajo esta póliza todos los trabajadores en relación de dependencia con el Tomador incluidos en la nómina del personal empleado adjuntada con la solicitud del seguro. Ello de conformidad con el Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 aprobado por la Resolución Nro. 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, cuyas condiciones de cobertura se transcriben en las Condiciones Generales en texto adjunto.

Capital Asegurado: $ 382.250,00
(pesos trescientos ochenta y dos mil doscientos cincuenta con cero ctvs)
por persona o el que en el futuro determine la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Cantidad Inicial de Vidas Aseguradas: 205

Prima: La prima se fija en $ 0,205 mensuales por cada $ 1.000 (pesos mil) de Capital Asegurado.

Riesgo Cubierto: El seguro de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nro.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.

Período de Carencia: Desde las 0 horas del 01/10/2023 hasta las 0 horas del 31/10/2023 salvo en caso de existir continuidad asegurativa.

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 4324-5555. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.boston.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

Nota: Este frente de póliza consta de 2 folios. Folio 1 de 2

DETALLE DEL PREMIO			
PRIMA	DERECHO DE EMISION	A. ADMINISTRATIVOS	A. FINANCIEROS
BONIFICACION	SELLADOS	IMPUESTOS	PREMIO TOTAL

Cuando el texto de la póliza o endoso 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 o endoso (Art. 12 de la Ley de Seguros).

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 4324-5555. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.boston.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.

GONZALO CAMPICI
Presidente

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

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO **POLIZA: 58418 RENUEVA A :56110**
ASEGURADO : CDA TECNOLOGIA INFORMATICA S.A. (140135)

PARA CONSULTAS O RECLAMOS, COMUNICARSE CON BOSTON COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A. AL
Teléfono 011-4324-5555
Plan de Pagos:

Cuota	Vencimiento	Importe	Cuota	Vencimiento	Importe
1	15/11/2023	$ 16.088,80			

13CG
REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO
DECRETO N° 1567/74
CAPÍTULO I
DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74
Artículo 1°. OBJETO

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

Artículo 2°. EXCLUSIONES

Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600;
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.
Artículo 3°. PRESTACIÓN

La prestación establecida por el Decreto N° 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 ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.
Artículo 4°. CONTRATACIÓN DEL SEGURO

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

Artículo 5°. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACIÓN 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 MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).

Suma asegurada
La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, la cual será comunicada anualmente por la SSN con la suficiente antelación a fin de proceder a los ajustes necesarios.

Artículo 6°. AUTORIZACIÓN PARA OPERAR EN LA COBERTURA

Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el ôRegistro Especial de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74ö, que lleva la SSN.
En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.

A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informará la fecha y el número de Resolución de SSN que la autoriza a operar en la Rama Vida.
Artículo 7°. SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN DE LA PÓLIZA - NÓMINA DEL PERSONAL ASEGURADO
Solicitud del Seguro
Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:

a) Copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema ôMi Simplificaciónö, 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 ôMi Simplificaciónö.

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 ôSeguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74ö 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 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 UN (1) afiche por cada establecimiento.

La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores - tomadores del seguro, quienes expondrán al menos UNO (1) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores. Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción.

Es de exclusiva responsabilidad del empleador - tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

Artículo 8°. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación, a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los QUINCE (15) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado,según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el ôFormulario de Designación de Beneficiariosö, que como Anexo II) forma parte del presente.
En el ôFormulario de Designación de Beneficiariosö que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.

En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241.

A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.
El comprobante de Incorporación al seguro y de Designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.

El Original y Duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.

El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente Artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

Artículo 9°. VIGENCIA - PERÍODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD-TRASPASO DE ASEGURADORA
Únicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá TREINTA (30) días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha. Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora CERO (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° 1567/74 en una entidad aseguradora y:
a) Resolviera contratarla con otra, existiendo continuidad asegurativa no le alcanza el plazo de carencia mencionado en el presente artículo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los Artículos 7° y 8° del presente Reglamento.
b) Durante la vigencia de la misma, decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del día primero del mes calendario siguiente a la baja de la anterior cobertura. Para emitir la póliza, la nueva entidad aseguradora deberá exigir al tomador - empleador una constancia de baja de cobertura, emitida por la anterior aseguradora desde el Sistema Kausay, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período.
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 EMISIÓN, GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCIÓN DE TASA UNIFORME
El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:

Hasta VEINTICINCO (25) asegurados PESOS DOCE ($12).
Entre VEINTISÉIS (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° 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del Artículo 81 de la Ley N° 20.091.
Artículo 11. PAGO DEL PREMIO

El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador-empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en consideración el valor del premio vigente, a partir de lo establecido en el 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. DISTRIBUCIÓN DE RECAUDACIÓN

12.1. Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la AFIP serán transferidos a las aseguradoras a las cuentas bancarias que éstas establezcan.
A tal efecto, las aseguradoras, a través de una nota firmada por personal de la entidad autorizado a tal fin, deberán informar a la SSN los datos correspondientes a la cuenta bancaria del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN N° 2434 del 6 de mayo de 2010.
La mencionada nota deberá contener como mínimo los siguientes datos: titular de la cuenta

bancaria, número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal y clave bancaria universal, debiendo ser acompañada de una certificación emitida por la entidad bancaria en la que conste que la misma está libre de inhibiciones y embargos.

Las aseguradoras que en el futuro comiencen a operar en este Seguro, deberán dar cumplimiento a lo establecido en el presente Artículo antes de iniciar la comercialización del mencionado seguro.

12.2. La AFIP transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta SSN, el que será confeccionado en base a los datos que las entidades envían al Sistema Informático Kausay y el cual contendrá los datos necesarios para poder proceder a la correcta 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. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISIÓN
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador-empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la seguridad social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de TREINTA (30) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.

La cobertura se reanudará a partir de la hora CERO (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. COMUNICACIÓN DE ALTAS Y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema ôMi Simplificaciónö, 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. LIQUIDACIÓN 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 ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta emitida por la ANSeS o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido;
9) Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación:
a) El/los beneficiario/s: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, y declaración

del último domicilio real;
b) Derechohabientes;
b.1) El/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a SEIS (6) meses de su presentación para la liquidación del siniestro.
b.2) El/la conviviente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; Información Sumaria Judicial y Declaración de Derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES);
b.3) Hijos/as: fotocopia del Documento Nacional de Identidad y partida de nacimiento legalizada y de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal conforme lo dispuesto en el Artículo 101 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Completada la documentación suministrada por el empleador, beneficiarios y/o derechohabientes, la indemnización deberá abonarse dentro de los QUINCE (15) días siguientes.
En ningún caso la aseguradora será responsable del pago del beneficio por el fallecimiento de los trabajadores que no hubiesen sido dados de alta en la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General N° 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General N° 2016/2006) de la AFIP y sus modificatorias. Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante:
i. La falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la ANSES conforme lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o testamentarios;
ii. Luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago; En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:
1) Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave Única de Identificación de Contratos;
2) Certificación por parte de la aseguradora de la vigencia de la cobertura al momento de ocurrencia del siniestro;

3) Copia certificada de toda la documentación que obrare en su poder incluyendo también las constancias que acrediten las comunicaciones y requerimientos efectuados al empleador, beneficiarios designados o posibles herederos;
4) Constancia del depósito en la Caja Compensadora;

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

Artículo 16. SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA
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 Artículo 12 - 12.1 del presente Anexo;
e) Que correspondan a pólizas cuyos premios no hayan sido abonados conforme lo establecido en el Artículo 11 del presente Anexo.

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.
1

ANEXO : ACB

RESOLUCION 90/2001 MINISTERIO DE ECONOMIA

Sistemas habilitados para Pagar Premios de Contratos de Seguros

---

Se deja constancia de que los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

a) Entidades especializadas en cobranzas, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos.

b) Entidades Bancarias: pago en ventanilla o débito en cuenta.

c) Tarjetas de débito, crédito o compras.

Las entidades aseguradoras sólo pueden considerar cumplida la obligación de pago de premio de los contratos de seguros cuando se produzca el efectivo ingreso de los fondos en algunos de los sistemas enumerados en el párrafo anterior.
Consecuentemente, sólo sufrirán efecto entre las partes y frente a terceros los pagos de premios de contratos de seguros por los medios establecidos en este artículo.

Cuando la percepción de premios se materialice a traves del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

CLAUSULA ADICIONAL "DEFA"

"DEFENSOR DEL ASEGURADO"

Informamos que esta aseguradora adhirió al reglamento del Defensor del Asegurado, figura esta última de carácter privado creada en el ámbito de la Asociación Argentina de Compañías de Seguros y orientada a la protección de los derechos de los asegurados y/o beneficiarios, mediante la intervención en los conflictos que se suscitaren entre la persona física o jurídica que tuviera contratado un seguro y un asegurador debidamente autorizado para operar, que previamente hubiera adherido al Sistema.

Artículo 3* del Reglamento del Defensor del Asegurado

Ambito de competencia.

La Defensoría del Asegurado conoce de los reclamos formulados por personas físicas o jurídicas que hubieran celebrado un contrato de seguro con un asegurador adherente al reglamento, siempre y cuando la suma de dinero motivo de la controversia directa o indirectamente no sea inferior a $ 2000 (pesos dos mil) ni superior $ 50.000 (pesos cincuenta mil).

En el caso de un Seguro de vida también podrá deducir reclamo bajo el presente procedimiento el beneficiario designado. No se admitirán cuestiones controvertidas entre distintos beneficiarios.

Quedan excluidos los reclamos provenientes de los siguientes riesgos: Riesgos del Trabajo; Seguros de Caución; Seguros de Salud; Seguros de Responsabilidad civil Profesional; Seguros de Responsabilidad civil suscripto como cobertura única; y todo aquel que no se circunscriba a una cuestión específica entre asegurado y asegurador.

También quedarán excluidas del presente procedimiento las cuestiones relacionadas con la pesificación de obligaciones establecidas por la ley 25.561, modificaciones y sus decretos reglamentarios.

Tampoco será admitido bajo el presente procedimiento cualquier reclamo que un tercero efectúe al asegurado y/o asegurador como consecuencia de la aplicación de cualquier cobertura de Responsabilidad Civil .

En todo caso el asegurador a título particular podrá libremente aceptar el procedimiento excediendo los límites establecidos.
La resolución pondrá fin al procedimiento, establecerá claramente los derechos de las partes y dispondrá las medidas o actos que deban ejecutarse.

El texto completo del Reglamento podrá ser consultado en :....www.boston.com.ar

ANEXO PLD2
Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del terrorismo

El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

BOSTON SEGUROS

FACTURA

I.V.A.: Responsable Inscripto
C.U.I.T. : 30-50000111-5
Ing. Brutos Capital: 901-918966-5
Imp. Internos: 213590006
Caja Jubilación Ind. y Comercio: 0000030

Asegurado

NOMBRE ASEGURADO	CONDICION FISCAL
CDA TECNOLOGIA INFORMATICA S.A. (140135)	INSCRIPTO

DOMICILIO	CUIT
PERON 580 PISO 1	30691595729

LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	PROVINCIA
CAPITAL FEDERAL	1022	BUENOS AIRES

Operación

RAMO DEL SEGURO	POLIZA	ENDOSO
VIDA OBLIGATORIO	58418	1

FECHA DE EMISION	VIGENTE DESDE LAS 0HS DEL	VIGENTE HASTA LAS 0HS DEL
26/09/2023	01/10/2023	31/10/2023

Detalle de la Operación

Facturación Mensual Anticipada

Cantidad de vidas: 205
Prima: 16.063,80

El pago de este movimiento debe ser realizado en AFIP.
El vencimiento de dicho pago corresponde a la fecha asignada por AFIP de acuerdo al CUIT del tomador de la póliza para el periodo del movimiento.

Bonificación:	$ 0,00	Sellados:	$ 0,00
Der. Emisión:	$ 25,00	Impuestos:	$ 0,00

*** Pago a AFIP FACTURACION EMPRESA: CDA TECNOLOGIA INFORMATICA S.A.

Detalle del Premio

ING. BRUTOS	BASE IMPONIBLE	IMPUESTO NO COMPUTABLE	SUBTOTAL
------	------	------	------

IVA INSCRIPTO 21%	IVA NO INSCRIPTO 10.5%	RG. 2408	PREMIO
------	------	------	$ 16.088,80

Observaciones

Se deben completar 3 POR PERSONA – el EMPLEADOR se debe quedar con 2 copias y el EMPLEADO con una. TODAS FIRMADAS EN ORIGINAL. SOLO EN CASO DE SINIESTRO, SE PRESENTA A LA COMPAÑÍA UNA DE LAS COPIAS DEL EMPLEADOR"

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74

N° Poliza

Compañía Aseguradora:

Nombre y Apellido:

N° Legajo, registro, Ficha, etc.:

Documento: Tipo: N°

Expedido por:

C.U.I.L.:

(o N° **Libreta de Ahorro)**

Fecha de Nacimiento			CAPITAL ASEGURADO	Fecha de Ingreso al empleo		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

Domicilio Particular:

Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Depto.: _____ Cód. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Empleador:

Domicilio Particular:

Calle: _____ N° _____ Piso: Depto.: _____ Cód. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

BENEFICIARIOS:

Nombre y Apellido:	Parentesco	Domicilio	Documento	%

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

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado:
(o impresión digital)

El original será entregado a la Compañia ante caso de siniestro únicamente (Art. 8 - Resolución 30.729)

TODAS LAS FIRMAS DEBEN SER EN ORIGINAL

¿Sabía que Usted cuenta con un Seguro de Vida Colectivo Obligatorio?

Entérese de qué se trata

Objeto del Seguro y quiénes están excluídos

El **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio** previsto en el **Decreto N 1567/74** cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia, encontrándose excluidos los trabajadores rurales permanentes amparados por la **Ley N 16.600** y los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Prestación

La prestación establecida por el **Decreto N 1.567/74** es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por la ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.

Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, solo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

Contratación del Seguro - Responsabilidad del empleador

La contratación del seguro está a cargo del empleador, quien en caso de no contratarlo o de no abonar las primas, es el responsable directo del pago del beneficio.

Designación de beneficiarios

El personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios, para lo cual deberá cumplimentar por triplicado el formulario que le hará entrega el empleador.

El Original y el Duplicado quedará en poder del Tomador quien lo presentará a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el Tomador al empleado asegurado.

Documentación a presentar para el cobro del beneficio

- Partida de defunción del trabajador asegurado.
- Constancia de Clave Unica de Identificación Laboral (CUIL) del trabajador.
- Copia de la nómina de empleados del tomador del seguro correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
- Formulario de designación de Beneficiarios.
- En caso de no existir designación de beneficiario o por si cualquier causa la designación se tornara ineficaz o quede sin efecto, deberá presentar copia autenticada de la documentación que acredite la condición conforme **Artículos 53° y 54° de la Ley 24.241** o la declaración de derechohabientes expedida por la **Administración Nacional de la Seguridad Social** de acuerdo a lo reglado en la norma antes citada.

Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela.

Plazo para el cobro del beneficio

Completada la documentación, el asegurador tendrá **15 (quince) días corridos** para efectuar el pago.

Falta de reclamo de los beneficiarios

Si los beneficiarios o herederos no efectúan el reclamo del beneficio o ante la falta de presentación de la documentación requerida para el pago del mismo,la aseguradora transferirá los fondos a la **Superintendencia de Seguros de la Nación**, donde deberán continuar el trámite para el cobro de los mismo.

Derecho a modificar los beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar beneficiarios en el **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74.** La no designación de beneficiarios o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, el asegurado tiene derecho a efectuar o modificar su designación en cualquier momento por escrito sin ninguna otra formalidad.

- En caso de siniestro comunicarse al **0800-333-0894** / **0800-888-3070** de lunes a viernes 9:30 hs. a 17:30hs. o enviar email a **denunciasrsvs@boston.com.ar**

- Ante cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura deberá dirigirse a la **Superintendencia de Seguros de la Nación**.
  Dirección: Av. Julio A. Roca 721 - Capital Federal
  Tel.: 4348-4000 - **Email:** scvo@ssn.gov.ar

Boston Compañía Argentina de Seguros S.A.
Suipacha 268 3er. Piso I C1008AAF I Buenos Aires, Argentina
Tel.: (011) 4324 5555
atencion@boston.com.ar
www.boston.com.ar

ADMINISTRACION FEDERAL

931

Declaración Jurada en Pesos con centavos S.U.S.S.

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

C.U.I.T.	30-69159572-9
Mes - Año	Orig. (0) - Rect. (1/9): 0
08/2024	Servicios Eventuales: No

Empleados en nómina:	229
Suma de Rem. 1:	337.983.233,37
Suma de Rem. 2:	358.613.034,17
Suma de Rem. 3:	358.613.034,17
Suma de Rem. 4:	337.983.233,37
Suma de Rem. 5:	337.983.233,37
Suma de Rem. 6:	0,00
Suma de Rem. 7:	0,00
Suma de Rem. 8:	358.613.034,17
Suma de Rem. 9:	359.354.407,71
Suma de Rem. 10:	357.068.314,20

Apellido y Nombre o Razón Social:

CDA TECNOLOGIA INFORMATICA S A

Nro. Verificador: 966586

Domicilio Fiscal: CASEROS AV. 3515 7 CAPITAL FEDERAL V 47

I - REGIMEN NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

a1 -	Total de aportes	47.702.221,11
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes S.S. a pagar**	**47.702.221,11**
b -	Asignaciones familiares pagadas	0,00
b1 -	Total de contribuciones	64.662.517,42
b2 -	Asignaciones compensadas	0,00
b3 -	Detracción art. 23 Ley 27.541	0,00
	Subtotal contribuciones S.S.	64.662.517,42
	Retenciones	5.430.487,54
	Contribuciones S.S. a pagar	**59.232.029,88**

II - REGIMEN NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

a1 -	Total de aportes	7.778.657,20
a2 -	Aportes a favor	0,00
a3 -	**Aportes O.S. a pagar**	**7.778.657,20**
b1 -	Total de contribuciones	16.503.470,71
b2 -	Excedentes de contribuciones a favor	0,00
	Subtotal contribuciones O.S.	16.503.470,71
	Retenciones	1.385.967,20
	Contribuciones O.S. a pagar	**15.117.503,51**

III - RETENCIONES

Saldo retenciones período anterior	0,00
Retenciones del período	6.816.454,74
Total retenciones	6.816.454,74
Retenciones aplicadas a Seguridad Social	5.430.487,54
Retenciones aplicadas a Obra Social	1.385.967,20
Saldo de retenciones a período futuro	0,00

IV - VALES ALIMENTARIOS / CAJAS DE ALIMENTOS

Monto base de cálculo	0,00
Contribuciones, Vales Alimentarios y/o Cajas de Alimentos a pagar	0,00
Percepciones de Vales Aliment.	0,00

V - RENATRE

Total Contribuciones RENATRE	**0,00**
Total Seg. Sepelio UATRE	**0,00**

VI - LEY DE RIESGOS DE TRABAJO

Cantidad de CUILES con ART	229	212.512,00
Remun. con ART	359.354.407,71	1.796.772,04
L.R.T. total a pagar		**2.009.284,04**

VII - SEGURO DE VIDA

Cuiles c/S.C.V.O. - Prima	229 - 40.278,81
Costo Emisión:	0,00
S.C.V.O. a Pagar:	**40.278,81**

Ley 25.922 Encuadre: No Corresponde Porcentaje: 0,00 Resultado: 0,00

Ley 27.430 - Monto Total Detraido: 1.544.719,97

VIII - MONTOS QUE SE INGRESAN

351 - Contribuciones de Seguridad Social	**59.232.029,88**	302 - Aportes de Obra Social	**7.778.657,20**
301 - Aportes de Seguridad Social	**47.702.221,11**	270 - Vales Alimentarios/Cajas de alimentos	**0,00**
360 - Contribuciones RENATRE	**0,00**	312 - L.R.T.	**2.009.284,04**
352 - Contribuciones de Obra Social	**15.117.503,51**	028 - Seguro Colectivo de Vida Obligatorio	**40.278,81**
935 - Seg. Sepelio UATRE	**0,00**		

Forma de Pago: **Efectivo**

Imprimir

CERRAR

Presentación de DJ por Internet

Acuse de recibo de DJ

Organismo Recaudador:	AFIP
Formulario:	**931 v4700 - EMPLEADOR DJ MENSUAL-SUSS**
CUIT:	**30-69159572-9**
Impuesto:	**301 - EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL**
Concepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Subconcepto:	**19 - OBLIGACION MENSUAL/ANUAL**
Período:	**2024-08**
Nro. verificador:	966586
Cantidad de registros:	614

Fecha de Presentación:	2024-09-10 Hora: 09:46:00
Nro. de Transacción:	1039136980
Código de Control:	D7Gj5l
Usuario autenticado por:	AFIP (ClaveFiscal)
Presentada por el Usuario:	23324228004

[F931.cuit.30691595729.fecha.20240910.txt]

Verificador de integridad (algorítmo MD5)

[172e5a32ed01ced06d89330d931f56bf]

Código de barras para pagar en entidades habilitadas

19313069159572900030108246

Conserve este Acuse de Recibo como comprobante de presentación

Datos sujetos a verificación

VEP

Volante Electrónico de Pago

Atención: este VEP esta pendiente de pago y expira en 30 día/s

Nro. VEP:	1334502870
Organismo Recaudador:	AFIP
Tipo de Pago:	Empleadores SICOSS - Saldo DJ
Descripción Reducida:	SIJPDJ08/24
CUIT:	**30-69159572-9**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2024-08
Generado por el Usuario:	23324228004
Fecha Generación:	2024-09-10 Hora: 09:48:58
Día de Expiración:	2024-10-10

CONTRIBUCIONES SEG. SOCIAL (351)	$59.232.029,88
EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL (301)	$47.702.221,11
CONTRIBUCIONES OBRA SOCIAL (352)	$15.117.503,51
APORTES OBRAS SOCIALES (302)	$7.778.657,20
ASEG.RIESGO DE TRABAJO L 24557 (312)	$2.009.284,04
SEGURO DE VIDA COLECTIVO (28)	$40.278,81
Importe total a pagar	**$131.879.974,55**

Para efectuar el pago ingrese a:

https://sib1.interbanking.com.ar/secureLogin.do?from=home

VEP

Comprobante de Pago

Datos del VEP:

Nro. VEP:	1334502870
Organismo Recaudador:	AFIP
Tipo de Pago:	Empleadores SICOSS - Saldo DJ
Descripción Reducida:	SIJPDJ08/24
CUIT:	**30-69159572-9**
Concepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Subconcepto:	19 OBLIGACION MENSUAL/ANUAL
Período:	2024-08
Generado por el Usuario:	23324228004

CONTRIBUCIONES SEG. SOCIAL (351)	$59.232.029,88
EMPLEADOR-APORTES SEG. SOCIAL (301)	$47.702.221,11
CONTRIBUCIONES OBRA SOCIAL (352)	$15.117.503,51
APORTES OBRAS SOCIALES (302)	$7.778.657,20
ASEG.RIESGO DE TRABAJO L 24557 (312)	$2.009.284,04
SEGURO DE VIDA COLECTIVO (28)	$40.278,81

Datos del comprobante de Pago:

Entidad de Pago:	INTERBANKING
Medio de Pago:	HomeBanking-EFECTIVO
Debito en cuenta del Banco:	BANCO DE GALICIA Y BUENOS AIRES S.A.U.
Nro. de Transacción:	1935322651
Código de Control:	262150
Fecha de Pago:	2024-09-10 Hora: 14:42:52
IMPORTE PAGADO	**$131.879.974,55**