la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

2-903-0050702824-000000

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (+54-341) 420-1000 - Fax: (+54-341) 420-1005/6/7 - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74 - CONDICIONES PARTICULARES

Emitida en Rosario, a los 16 días del mes de Enero de 2025

N° POLIZA	VIGENCIA		INFORMACION GENERAL			
	Desde las 0 Hs. del	Hasta las 0 Hs. del	CONCEPTO	Movimiento	N° Referencia	N° Expediente
50.702.824	01-01-2025	31-12-2025	EMISION POLIZA	000000	50.702.824	668.018
			Póliza Anterior: NC	Cantidad de Cuotas: 12		
			Frecuencia de Pago: Por Mes			

1 - CONTRATANTE / TOMADOR

TRANSCAM SRL
CUIT 30716067234
GRAL J J DE URQUIZA N°: 1165 (2585) CAMILO ALDAO-CBA - CORDOBA
RAMO O ACTIVIDAD: TRANSPORTISTA (TRANSPORTISTA)
N° Teléfono: NC

2 - CAPITALES A ASEGURAR Y COBERTURA

Capital: $ 858000.-

Cobertura: Fallecimiento.

PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO: $ 175.89
Cantidad de Asegurados: 8
Derecho de Emisión: $ 12.00
Detalle de Personas Amparadas s/Anexo "A"

El Contratante asume la obligación de pagar las primas que se generen con posterioridad por modificaciones del contrato original.

El importe correspondiente al derecho de emisión se deberá declarar y abonar a través del aplicativo SiCOSS.

ARTICULO 13 : SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO – RESCISION

La falta de pago del premio -del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio- por parte del tomador/empleador en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, provocará la mora de forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura sólo será reanudada a las 72 (SETENTA Y DOS) horas de haberse abonado el total de las primas adeudadas.
La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los sesenta (60) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la rescisión automática del contrato. La suspensión del seguro, o su rescisión por falta de pago del premio, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.
Los pagos efectuados por los tomadores-empleadores una vez vencido el plazo de suspensión y estando la póliza rescindida, no dará derecho a rehabilitar la misma.

Esta Póliza - Condiciones Particulares - ha sido emitida conforme con las declaraciones formuladas en la Solicitud de Seguro, si el texto de la presente póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el contratante, si no reclamara dentro del mes de haber recibido la misma.

6F3A49E31A5292F507915656507028 24

LA SEGUNDA PERSONAS
Compañia de Seguros de Personas S.A.

Agencia : 2802 - CERVIGNI, ANA MARIA
JUAN BENITZ N°: 207
(258900) MONTE BUEY-CBA - CORDOBA
Matrícula: 56874

Zona : 30 - ZONA MARCOS JUAREZ
S/D N°: S/N
(258000) MARCOS JUAREZ-CBA - CORDOBA
Matrícula:

Pablo Ercole
Apoderado

Mario Castellini
Apoderado

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

www.lasegunda.com.ar

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION CON PROVEIDO APROBATORIO N° 88.559 DEL 25/11/1998

Cuando el texto de la presente póliza difiera del contenido de la Propuesta, la diferencia se considerara aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vias de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0341-4201000 (int. 3625 y/o 2532).Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web https://www.lasegunda.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. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.
El/los Contratantes y/o Beneficiarios adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N° 25.246 y normativas reglamentarias establecidas por la U.I.F.

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (+54-341) 420-1000 - Fax: (+54-341) 420-1005/6/7 - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

ANEXO "A" - Detalle del Personal Amparado por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74

Tomador: TRANSCAM SRL

N° de Póliza : 50,702,824 N° Expediente : 668,018

Vigencia Desde : 01-01-2025 Hasta: 31-12-2025

Por el presente se deja constancia que quedan cubiertos, bajo las condiciones particulares y generales de la póliza del Seguro Colectivo de Vida Decreto 1567/74, las personas mencionadas nominalmente a continuación por las sumas aseguradas que asimismo se indican.

Detalle de Personas y Sumas Amparadas

DNI/CUIL		Apellido y Nombre	Suma Asegurada
DNI	36691796	AMARILLO, RODRIGO FABIAN	$ 858,000.00
CUIL	20313575943	AUTELLI, LUIS MIGUEL	$ 858,000.00
CUIL	23275674559	CROSTA, MAURICIO GERMAN	$ 858,000.00
DNI	25101960	MOREIRA, JAVIER ROBERTO	$ 858,000.00
DNI	28979635	PALACIO GUILLERMO SEBASTIAN	$ 858,000.00
CUIL	20356414617	PONCE, CRISTIAN MARIO	$ 858,000.00
DNI	38261899	SEGURA DEBIAGGI, EXEQUIEL ALEJANDRO	$ 858,000.00
DNI	33114232	TABORDA JUAN CRUZ	$ 858,000.00

Total de Asegurados : 8 Suma Asegurada Total de la nómina : 6,864,000.00

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

El presente formulario se puede obtener de nuestra pagina web WWW.LASEGUNDA.COM.AR

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:**

Empleador:			
Calle:	Nro.:	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	Localidad:	Pcia.:	

Apellido y Nombre:	
Tipo de Documento:	Nro.:

Fecha de Nacimiento:	Día / Mes / Año ___/___/___	Fecha de Ingreso al Empleo:	Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular:			
Localidad:		Pcia.:	

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: ____________________

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50702824

Empleador: TRANSCAM SRL		CUIT 30716067234	
Calle: GRAL J J DE URQUIZA		Nro.: 1165	Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 258500	Localidad: CAMILO ALDAO-CBA	Pcia.: CORDOBA	

Apellido y Nombre: AMARILLO, RODRIGO FABIAN	
Tipo de Documento: DNI	Nro.: 36691796

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___	Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ____________________	
Localidad: ____________________	Pcia.: ____________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 3 de Febrero de 2025

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50702824

Empleador: TRANSCAM SRL	CUIT 30716067234		
Calle: GRAL J J DE URQUIZA	Nro.: 1165	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal: 258500	Localidad: CAMILO ALDAO-CBA	Pcia.: CORDOBA	

Apellido y Nombre: AUTELLI, LUIS MIGUEL	
Tipo de Documento: CUIL	Nro.: 20313575943

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___	Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ______________________	
Localidad: ______________________	Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 3 de Febrero de 2025

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50702824

Empleador: TRANSCAM SRL		CUIT 30716067234	
Calle: GRAL J J DE URQUIZA		Nro.: 1165	Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 258500	Localidad: CAMILO ALDAO-CBA	Pcia.: CORDOBA	

Apellido y Nombre: CROSTA, MAURICIO GERMAN	
Tipo de Documento: CUIL	Nro.: 23275674559

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___	Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ______________________________	
Localidad: ______________________________	Pcia.: ______________________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 3 de Febrero de 2025

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE22561986-030225081921

DECBEN-D251022

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50702824

Empleador: TRANSCAM SRL	CUIT 30716067234		
Calle: GRAL J J DE URQUIZA	Nro.: 1165	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal: 258500	Localidad: CAMILO ALDAO-CBA	Pcia.: CORDOBA	

Apellido y Nombre: MOREIRA, JAVIER ROBERTO	
Tipo de Documento: DNI	Nro.: 25101960

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___	Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ____________________	
Localidad: ____________________	Pcia.: ____________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 3 de Febrero de 2025

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE22561986-030225081921

DECBEN-D251022

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 — **Póliza Nro.:** 50702824

Empleador: TRANSCAM SRL — CUIT 30716067234

Calle: GRAL J J DE URQUIZA — Nro.: 1165 — Piso: — Dpto.:

Cód. Postal: 258500 — Localidad: CAMILO ALDAO-CBA — Pcia.: CORDOBA

Apellido y Nombre: PALACIO GUILLERMO SEBASTIAN

Tipo de Documento: DNI — Nro.: 28979635

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año _ _ / _ _ / _ _ _ _

Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año _ _ / _ _ / _ _ _ _

Domicilio Particular: _____

Localidad: _____ Pcia.: _____

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 3 de Febrero de 2025

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50702824

Empleador: TRANSCAM SRL		CUIT 30716067234	
Calle: GRAL J J DE URQUIZA		Nro.: 1165	Piso: Dpto.:
Cód. Postal: 258500	Localidad: CAMILO ALDAO-CBA	Pcia.: CORDOBA	

Apellido y Nombre: PONCE, CRISTIAN MARIO	
Tipo de Documento: CUIL	Nro.: 20356414617

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___	Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___
Domicilio Particular: ______________________________	
Localidad: ______________________	Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 3 de Febrero de 2025

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

KEMSIMPRESKE22561986-030225081921

DECBEN-D251022

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74	**Póliza Nro.:** 50702824

Empleador: TRANSCAM SRL CUIT 30716067234

Calle: GRAL J J DE URQUIZA Nro.: 1165 Piso: Dpto.:

Cód. Postal: 258500 Localidad: CAMILO ALDAO-CBA Pcia.: CORDOBA

Apellido y Nombre: SEGURA DEBIAGGI, EXEQUIEL ALEJANDRO

Tipo de Documento: DNI Nro.: 38261899

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año ___/___/___

Fecha de Ingreso al Empleo: Día / Mes / Año ___/___/___

Domicilio Particular: ______________________________

Localidad: ______________________ Pcia.: ______________________

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 3 de Febrero de 2025

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 — **Póliza Nro.:** 50702824

Empleador:	TRANSCAM SRL		CUIT	30716067234	
Calle:	GRAL J J DE URQUIZA		Nro.: 1165	Piso:	Dpto.:
Cód. Postal:	258500	Localidad: CAMILO ALDAO-CBA		Pcia.:	CORDOBA

Apellido y Nombre:	TABORDA JUAN CRUZ		
Tipo de Documento:	DNI	Nro.:	33114232

Fecha de Nacimiento:	Día / Mes / Año / /	Fecha de Ingreso al Empleo:	Día / Mes / Año / /
Domicilio Particular:			
Localidad:		Pcia.:	

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento	Parentesco	Domicilio	%	Ord.

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El formulario de designación de Beneficiarios Original y Duplicado quedará en poder del tomador, quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

Lugar y Fecha: Rosario, 3 de Febrero de 2025

Firma del asegurado
(o impresión digital)

VERSION 1

la segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO

DECRETO Nº 1567/74

CAPITULO I

Póliza nro.: 50.702.824

DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74

ARTICULO 1 – OBJETO

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

ARTICULO 2 – EXCLUSIONES

Quedan excluidos de esta cobertura:

a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley Nº 16.600

b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTICULO 3 – PRESTACION

La prestación establecida por el Decreto Nº 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.

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

ARTICULO 4 - CONTRATACION DEL SEGURO

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

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

El costo del seguro estará a cargo del empleador.

La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.

Prima

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

Suma Asegurada

La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles(SMVN). Dicha suma se ajustará anualmente conforme al último SMVN publicado al mes de diciembre de cada año. La suma asegurada que resulte de la actualización anual entrará en vigencia a partir del 1º de marzo del año siguiente. La SSN comunicará anualmente con la suficiente antelación la misma, tanto a las Entidades Aseguradoras autorizadas para su correcta emisión y endosos de pólizas que correspondan, como así también a la Administración Federal de Ingresos Públicos para la acutalización del valor mensual de la prima individual en el sistema de declaración jurada (F.931) que utilizan los empleadores para el pago correspondiente de primas.

ARTICULO 6 - AUTORIZACION PARA OPERAR EN LA COBERTURA

Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nº 1567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nº 1567/74" que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.

A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informará la fecha y el número de Resolución de Superintendencia de Seguros de la Nación que la autoriza a operar en la Rama Vida.

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

Solicitud del Seguro

Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:

a) Copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", ambos a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

b) Constancia de baja de la cobertura correspondiente al período anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay en caso de corresponder, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período.

A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación". Cuando el tomador empleador – contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Única de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener esta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.

Emisión y entrega de Póliza – Fecha de inicio de vigencia

Las aseguradoras emitirán las pólizas en donde la fecha de inicio de vigencia sea coincidente con el primer día del mes calendario. Esto también es aplicable a las renovaciones.

Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los 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).

No obstante lo indicado precedentemente, los datos de las pólizas emitidas deberán exhibirse a través de la página web de la compañía a fin de que los empleadores-tomadores accedan de manera ágil y rápida a los mismos.

A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique:

a) Aseguradora donde se encuentra vigente la cobertura, domicilio, teléfonos, y dirección electrónica.

b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el **Anexo i)** del presente.

c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica.

El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo UN (1) tamaño de SESENTA CENTIMETROS (60 cm) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTIMETROS (45 cm) de ancho.

Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos 1 (UN) afiche por cada establecimiento.

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

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

ARTICULO 8 - DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.

La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 15 (quince) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que como **Anexo ii**) forma parte del presente.

En el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.

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

A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.

El comprobante de Incorporación al seguro y de Designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.
El Original y Duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.
El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

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

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 7 del presente Anexo.
En el caso en que el tomador hubiera contratado la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio-Decreto Nº 1567/74 en 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 10 - DERECHO DE EMISION, GASTOS DE ADMINISTRACION Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACION A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCION DE TASA UNIFORME

El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:
Hasta 25 asegurados $ 12.-
Entre 26 y 50 asegurados $ 17.-
Más de 50 asegurados $ 25.-
El tomador-empleador, cuando corresponda, declarará y abonará el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS
De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un veintidós con setenta por ciento (22,70 %), para atender los gastos de administración de esta cobertura.
Las entidades aseguradoras podrán reconocer a los productores asesores de seguros una participación de los fondos provenientes de los gastos de administración. La liquidación de las participaciones será efectuada por las entidades aseguradoras.
Atento a la naturaleza particular del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nº 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del artículo 81º de la Ley Nº 20.091.

ARTICULO 11 - PAGO DEL PREMIO

El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador-empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en consideración el valor del premio vigente, a partir de lo establecido en el Artículo **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 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 1° de la Ley N° 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 Administración Federal de Ingresos Públicos establecerá los mecanismos para la distribución de los fondos a las respectivas aseguradoras.
En el caso de fallecimiento de un trabajador no incluído 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 Administración Federal de Ingresos Públicos a las entidades aseguradoras que correspondan conforme el procedimiento establecido en el Artículo 12 del presente anexo.

ARTICULO 12 – DISTRIBUCION DE RECAUDACION

12.1 Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la Administración Federal de Ingresos Públicos serán transferidos a las aseguradoras a las cuentas bancarias que éstas establezcan.
A tal efecto, las aseguradoras, a través de una nota firmada por personal de la entidad autorizado a tal fin, deberán informar a la Superintendencia de Seguros de la Nación los datos correspondientes a la cuenta bancaria del Banco de la Nación Argentina, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondiente a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio – Decreto Nro. 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN Nro. 2434 del

6 de mayo de 2010.
La mencionada nota deberá contener como mínimo los siguientes datos: titular de la cuenta bancaria, número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal y clave bancaria universal, debiendo ser acompañada de una certificación emitida por la entidad bancaria en la que conste que la misma está libre de inhibiciones y embargos.
Las aseguradoras que en el futuro comiencen a operar en este Seguro, deberán dar cumplimiento a lo establecido en el presente Artículo antes de iniciar la comercialización del mencionado seguro.
12.2. La Administración Federal de Ingresos Públicos, transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta Superintendencia de Seguros de la Nación, el que será confeccionado en base a los datos que las entidades envían al Sistema Informático Kausay, y el cual contendrá los datos necesarios para poder proceder a la correcta distribución de los conceptos recaudados por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
12.3. La Administración Federal de Ingresos Públicos informará en forma diaria a las aseguradoras diversa información respecto de la determinación del pago, las nóminas y los importes acreditados en las Cuentas Bancarias por ellas informadas, mediante la utilización de transferencia electrónica, los que contendrán los siguientes datos:
1.- CUIC – Clave única de identificación de contratos
2.- CUIT del tomador-empleador
3.- Período declarado
4.- Identificación de 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 Superintendencia de Seguros de la Nación – Sector SCVO y presentarla personalmente o a través de correo postal en la Avda. Julio A. Roca 721 – Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.

ARTICULO 13 - SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO – RESCISION

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 segunda
PERSONAS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE PERSONAS S.A.

Casa Central: Brig. Gral. Juan Manuel de Rosas 957 - S2000CCE Rosario - Sta. Fe.
Tel: (341) 420-1000 - Fax: (341) 420-1004/5/6/7
Of. Bs. As.: Av. E. Madero 942 4° Piso - C1106ACW Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Tel: (+54-11) 431-06500 (Líneas Rotativas) - www.lasegunda.com.ar
C.U.I.T. N° 30-50003462-5 - Ing. Brutos Convenio Multilateral 921-750512-2
IVA Responsable Inscripto

Póliza nro.: 50.702.824

La suspensión del seguro, o su rescisión por falta de pago del premio, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.
Los pagos efectuados por los tomadores-empleadores una vez vencido el plazo de suspensión y estando la póliza rescindida, no dará derecho a rehabilitar la misma.

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

Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere. La aseguradora, sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la 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 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.

ARTICULO 15 - LIQUIDACION DEL SINIESTRO

La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado.
Si por cualquier causa la designación deviniera ineficaz o quedase sin efecto, se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente, según lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241. A tal efecto, deberán 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 del pago del premio
5. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final.
6. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
7. Formulario de Designación de Beneficiarios.
8. En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta emitida por la ANSeS o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido.
9.- Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación:
a) El/los beneficiario/s: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, y declaración del último domicilio real.
b) Derechohabientes
b.1) El/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a SEIS (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.
10.- 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 53º y 54º de la Ley Nº 24.241 o testamentarios.
b) Luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago.
En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:
1.- Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave 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 16 – SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA

Independientemente del pago de premio efectuado por los empleadores, no podrán ser trasladados a la Caja Compensadora bajo ningún concepto los siniestros:
a) Que afecten a trabajadores no incluidos en las nóminas del tomador, ni los excluidos en el Artículo 2º del presente anexo.
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 posean 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.

ARTICULO 17- PROHIBICIONES

Se prohíbe a las entidades aseguradoras:
1. Otorgar bonificaciones.
2. Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el Artículo 10º del presente reglamento.
3. Efectuar publicidad directa.
4. Rechazar solicitudes presentadas por los empleadores de conformidad a las disposiciones del presente reglamento.
5. Efectuar pagos graciables.
6. Compensar los saldos que arrojen sus declaraciones juradas, con las sumas debidas por la Caja Compensadora por períodos anteriores.
7. Coasegurar y reasegurar

ARTICULO 18 - RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR

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