Certificado individual VIDA OBLIGATORIO

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Poliza N°	Orden	Item	Certificado N°
23 001317378	0001	6	2614592

Vigencia

Fecha de emisión: 07.11.2024
Vigencia desde: 01.10.2024 hasta: 30.09.2025

Contratante

Nombre: SYSTEMS ASAP SA
Domicilio: Suipacha N° 190 Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 30.646.091.191

Asegurado

Nombre: SORROCHE HORACIO DANIEL
Domicilio:
DNI ó CUIT: 11.154.252
Fecha Ingreso: 01.10.2024
Localidad: RETIRO C F
Fecha Nacimiento: 01.01.0001

Capital asegurado

MUERTE EN CASO DE OCURRIR EL SINIESTRO DE ALGUNA DE LAS PERSONAS DETALLADAS EN ANEXO ADJUNTO, EN ADELANTE RIESGO DE MUERTE	858,000.00

COMUNICACION AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación", tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Por el presente, la Cía. de Seguros LA MERCANTIL ANDINA S. A. CERTIFICA que el Asegurado se encuentra comprendido a partir de la fecha de vigencia en el seguro, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y las Particulares de la póliza mencionada.

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento

Productor 84855 COSTA,LUCIA SOLEDAD Matricula 72363

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

BUENOS AIRES, 03 de DICIEMBRE de 2024

V 0017

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

Certificado individual VIDA OBLIGATORIO

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Poliza N°	Orden	Item	Certificado N°
23 001317378	0001	7	2614593

Vigencia

Fecha de emisión: 07.11.2024
Vigencia desde: 01.10.2024 hasta: 30.09.2025

Contratante

Nombre: SYSTEMS ASAP SA
Domicilio: Suipacha N° 190 Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 30.646.091.191

Asegurado

Nombre: D ALESSANDRO DIEGO MAURO
Domicilio:
DNI ó CUIT: 23.248.226
Fecha Ingreso: 01.10.2024
Localidad: RETIRO C F
Fecha Nacimiento: 01.01.0001

Capital asegurado

MUERTE EN CASO DE OCURRIR EL SINIESTRO DE ALGUNA DE LAS PERSONAS DETALLADAS EN ANEXO ADJUNTO, EN ADELANTE RIESGO DE MUERTE	858,000.00

COMUNICACION AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación", tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Por el presente, la Cía. de Seguros LA MERCANTIL ANDINA S. A. CERTIFICA que el Asegurado se encuentra comprendido a partir de la fecha de vigencia en el seguro, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y las Particulares de la póliza mencionada.

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento

Productor 84855 COSTA,LUCIA SOLEDAD Matricula 72363

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

BUENOS AIRES, 03 de DICIEMBRE de 2024

V 0017

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

Certificado individual VIDA OBLIGATORIO

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Poliza N°	Orden	Item	Certificado N°
23 001317378	0001	8	2614594

Vigencia

Fecha de emisión: 07.11.2024
Vigencia desde: 01.10.2024 hasta: 30.09.2025

Contratante

Nombre: SYSTEMS ASAP SA
Domicilio: Suipacha N° 190 Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 30.646.091.191

Asegurado

Nombre: SORROCHE IGNACIO Fecha Ingreso: 01.10.2024
Domicilio: Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 31.533.925 Fecha Nacimiento: 01.01.0001

Capital asegurado

MUERTE EN CASO DE OCURRIR EL SINIESTRO DE ALGUNA DE LAS PERSONAS DETALLADAS EN ANEXO ADJUNTO, EN ADELANTE RIESGO DE MUERTE	858,000.00

COMUNICACION AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación", tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Por el presente, la Cía. de Seguros LA MERCANTIL ANDINA S. A. CERTIFICA que el Asegurado se encuentra comprendido a partir de la fecha de vigencia en el seguro, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y las Particulares de la póliza mencionada.

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento

Productor 84855 COSTA,LUCIA SOLEDAD Matricula 72363

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

BUENOS AIRES, 03 de DICIEMBRE de 2024

V 0017

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

Certificado individual VIDA OBLIGATORIO

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Poliza N°	Orden	Item	Certificado N°
23 001317378	0001	9	2614595

Vigencia

Fecha de emisión: 07.11.2024
Vigencia desde: 01.10.2024 hasta: 30.09.2025

Contratante

Nombre: SYSTEMS ASAP SA
Domicilio: Suipacha N° 190 Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 30.646.091.191

Asegurado

Nombre: VAZQUEZ NOEMI BEATRIZ
Domicilio:
DNI ó CUIT: 22.763.424
Fecha Ingreso: 01.10.2024
Localidad: RETIRO C F
Fecha Nacimiento: 01.01.0001

Capital asegurado

MUERTE EN CASO DE OCURRIR EL SINIESTRO DE ALGUNA DE LAS PERSONAS DETALLADAS EN ANEXO ADJUNTO, EN ADELANTE RIESGO DE MUERTE	858,000.00

COMUNICACION AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación", tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Por el presente, la Cía. de Seguros LA MERCANTIL ANDINA S. A. CERTIFICA que el Asegurado se encuentra comprendido a partir de la fecha de vigencia en el seguro, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y las Particulares de la póliza mencionada.

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento

Productor 84855 COSTA,LUCIA SOLEDAD Matricula 72363

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

BUENOS AIRES, 03 de DICIEMBRE de 2024

V 0017

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

Certificado individual VIDA OBLIGATORIO

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos Nº: 913500195-8
CAJA PREV. Nº: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Poliza N°	Orden	Item	Certificado N°
23 001317378	0001	10	2614596

Vigencia

Fecha de emisión: 07.11.2024
Vigencia desde: 01.10.2024 hasta: 30.09.2025

Contratante

Nombre: SYSTEMS ASAP SA
Domicilio: Suipacha N° 190 Localidad: RETIRO C F
DNI ó CUIT: 30.646.091.191

Asegurado

Nombre: VAZQUEZ BETIANA ALEJANDRA
Domicilio:
DNI ó CUIT: 31.367.336
Fecha Ingreso: 01.10.2024
Localidad: RETIRO C F
Fecha Nacimiento: 01.01.0001

Capital asegurado

MUERTE EN CASO DE OCURRIR EL SINIESTRO DE ALGUNA DE LAS PERSONAS DETALLADAS EN ANEXO ADJUNTO, EN ADELANTE RIESGO DE MUERTE	858,000.00

COMUNICACION AL ASEGURADO: El asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación", tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Por el presente, la Cía. de Seguros LA MERCANTIL ANDINA S. A. CERTIFICA que el Asegurado se encuentra comprendido a partir de la fecha de vigencia en el seguro, y en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales y las Particulares de la póliza mencionada.

Beneficiarios

Apellido y Nombre	Documento	Fecha de Nacimiento

Productor 84855 COSTA,LUCIA SOLEDAD Matricula 72363

IMPORTANTE: LA COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO QUEDARÁ SUJETA AL EFECTIVO PAGO DEL PREMIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO Y PERSONAL DECLARADO, LIQUIDADOS MEDIANTE EL FORM.AFIP 931 Y ABONADOS EN CUALQUIER MEDIO DE PAGO HABILITADO.

BUENOS AIRES, 03 de DICIEMBRE de 2024

V 0017

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO:
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la Entidad Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.C.1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000, en el horario de 12:30 a 18:30.
Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

5684D4CA32DB3B4D0B626DAA001317378

SECCION Vida Obligatorio
POLIZA Nº 001317378 ENDOSO Nº 000007

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 01.01.2025 Hasta las 12 hs. del 30.09.2025

ASEGURADO
SYSTEMS ASAP SA
Suipacha N° 190 6°
1008 - RETIRO C F
IVA: Resp.Inscripto

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 72363
230 8485/5 COSTA, LUCIA SOLEDAD

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

Según se detalla en suplemento adicional 01

Sr. asegurado: Ud. cuenta con la posibilidad de recurrir al Sr. Defensor del Asegurado por cualquier reclamo y/o conflicto directo que pueda surgir con motivo del presente seguro. La utilización de esta vía es voluntaria y no excluye otras instancias administrativas o judiciales que por ley correspondan.

Seguro de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

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

1106 BUENOS AIRES 11 de FEBRERO de 2025

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos N°: 913500195-8
CAJA PREV. N°: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Entre la Compañía de Seguros "La Mercantil Andina" Sociedad Anónima, en adelante "EL ASEGURADOR", y quien más adelante se designa con el nombre de "ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las condiciones generales, particulares y especiales del mismo.

Los vocablos "ASEGURADO", "TOMADOR", "CONTRATANTE", se utilizan indistintamente en esta póliza, por lo que se debe dar el significado que corresponda.
Si el texto de la póliza y/o endoso difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de los 30 días de haber recibido la póliza (Art.12 de la Ley de Seguros).
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Buenos Aires, o al teléfono: (011) 4338-4000, (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30 hs. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.
La póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Moneda $	Cotización
Prima	879,45
Imp. y Sellos	
PREMIO TOTAL	879,45

Cláusulas y/o Anexos

Riesgo Cubierto: RIESGO DE MUERTE
Capital Asegurado: 858000 Plazo: Mensual

La cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora AFIP SVCO 30646091191

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-888-6262. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mercantilandina.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.

FACTURA

5684D4CA32DB3B4D0B626DAA001317378

SECCION Vida Obligatorio
POLIZA Nº 001317378 ENDOSO Nº 000007

VIGENCIA DEL SEGURO Desde las 12 hs. del 01.01.2025 Hasta las 12 hs. del 30.09.2025

ASEGURADO
SYSTEMS ASAP SA
Suipacha N° 190 6°
1008 - RETIRO C F
IVA: Resp.Inscripto
C.U.I.T. 30-64609119-1

AGENTE INTERVINIENTE MATRICULA N° 72363
230 8485/5 COSTA, LUCIA SOLEDAD

Suma Asegurada
Según se detalla en suplemento adicional 01

Riesgo Asegurado o Causa de la Modificación
FACTURACIÓN

Según se detalla en suplemento adicional 01

Sr. asegurado: Ud. cuenta con la posibilidad de recurrir al Sr. Defensor del Asegurado por cualquier reclamo y/o conflicto directo que pueda surgir con motivo del presente seguro. La utilización de esta vía es voluntaria y no excluye otras instancias administrativas o judiciales que por ley correspondan.

Seguro de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

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

1106 BUENOS AIRES 11 de FEBRERO de 2025

Necochea 183 Capital 5500, Mendoza tel.: 0261 4298388 - fax: 0261 4254 954
Av. Belgrano 672, CABA, 1092, AAT, tel.: 011 4310 5400 - fax: 011 4315 2470
C.U.I.T. .....: 30-50003691-1 - Ing. Brutos N°: 913500195-8
CAJA PREV. N°: 0000000065 I.V.A.: Respons. Inscr. Agente Ret.

0810-888-6262 (Atención al Cliente)

Entre la Compañía de Seguros "La Mercantil Andina" Sociedad Anónima, en adelante "EL ASEGURADOR", y quien más adelante se designa con el nombre de "ASEGURADO", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro, sujeto a las condiciones generales, particulares y especiales del mismo.

Los vocablos "ASEGURADO", "TOMADOR", "CONTRATANTE", se utilizan indistintamente en esta póliza, por lo que se debe dar el significado que corresponda.
Si el texto de la póliza y/o endoso difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclamara dentro de los 30 días de haber recibido la póliza (Art.12 de la Ley de Seguros).
Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Buenos Aires, o al teléfono: (011) 4338-4000, (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30 hs. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.
La póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Moneda $	Cotización
Prima	879,45
Imp. y Sellos	
PREMIO TOTAL	879,45

Cláusulas y/o Anexos

Riesgo Cubierto: RIESGO DE MUERTE
Capital Asegurado: 858000 Plazo: Mensual

La cobertura quedará sujeta a la confirmación del débito por parte de la Administradora AFIP SVCO 30646091191

Esteban Rodríguez
Gerente Comercial

W.0670

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado.
Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0810-888-6262. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.mercantilandina.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.

VIDA OBLIGATORIO
Suplemento Adicional 01 - Poliza 001317378/00007 Prd. 230-21085 /84855 Asegurado 1

CONDICIONES PARTICULARES

Asegurado: 7997728 SYSTEMS ASAP SA
Suipacha N° 190 6° , (1008) RETIRO C F
IVA: Resp.Inscripto 30-64609119-1

Período..: 31 Días
Vigencia.: 01.01.2025 / 01.02.2025
F.Emisión: 11.02.2025

Coberturas del Seguro -
INDEMNIZACION POR MUERTE

Descripción del Riesgo -	Suma Asegurada
RIESGO DE MUERTE	$ 4290000,00

Cláusulas y/o Anexos:

Prima: $ 879,45 Recargos e Impuestos: 0,00 Premio: 879,45

Productor..: 8485/5 COSTA,LUCIA SOLEDAD
Localidad..: (1004) PALERMO C F

W 0676

VIDA OBLIGATORIO
Suplemento Adicional 01 - Póliza 001317378/00007 Prd. 230-21085 /84855 Asegurado 2

CONDICIONES PARTICULARES

W 0676

RESOLUCIÓN 35.333
REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO1567/1974

ARTÍCULO 1 OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el decreto 1567/1974 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relacion de dependencia, cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Unico de la Seguridad Social.
ARTICULO 2 EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la ley 16600
b) Los trabajadores contratados por un termino menor a un mes.
ARTICULO 3 PRESTACIÓN
La prestación establecida por el decreto 1567/1974 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnizacion de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convencion colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relacion de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a la prestacion del seguro, una sola vez. La contratacion del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.
ARTICULO 4 CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio decreto 1567/1974, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter publico que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nacion.
ARTICULO 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima
La prima se fija en $ 0,205 (PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS) mensuales por cada $ 1.000 (PESOS MIL).
Suma asegurada
La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, la cual será comunicada anualmente por la SSN con suficiente antelación a fin de proceder a los ajustes necesarios
ARTICULO 7 SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN 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 nomina del personal empleado declarada al Sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificacion", ambos a cargo de la Administracion Federal de Ingresos Publicos (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 poliza 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 Simplificacion".
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 Unica 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 nomina actualizada con las altas y bajas producidas.
Emision y entrega de Poliza - Fecha de inicio de vigencia
Las aseguradoras emitiran las polizas en donde la fecha de inicio sea coincidente con el primer dia del mes calendario. Esto tambien es aplicable a las renovaciones.
Las entidades aseguradoras deberán entregar la poliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los 15 (QUINCE) días de celebrado el contrato.
Dicha poliza deberá emitirse anualmente. Consignara en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio decreto 1567/1974" y contendrá el numero de registro y su fecha de emision, el nombre, domicilio y demas datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como asi tambien, la Clave Unica de Identificacion de Contratos (CUIC).
A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique:
a) Aseguradora donde se encuentra vigente la cobertura, domicilio, teléfonos, y dirección electrónica.
b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo i) del presente.
c) Al pie se indicara que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, con su direccion, telefonos y direccion electronica.
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 (UNO) afiche por cada establecimiento.
La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores - tomadores del seguro, quienes expondrán al menos 1 (UNO) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores. Asimismo los empleadores verificaran la correcta conservacion 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 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al tomador que efectue 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 incorporacion 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, ademas 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 24241.
A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la Administracion Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.
El comprobante de Incorporacion al seguro y de Designacion de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.
El Original y Duplicado quedarán 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 - PERÍODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD - TRASPASO DE ASEGURADORA
Unicamente, 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 1567/1974 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 dia primero del mes calendario siguiente a la baja

W0677

mercantilandina.com.ar | 11.6165.6262 | 0810.888.6262

Nº de inscripción en SSN 116 | Atención al asegurado 0800-666-8400 | Organismo de control www.argentina.gob.ar/ssn | SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

de la anterior cobertura.
Para emitir la poliza, 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 poliza vigente para un mismo periodo.
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 PARTICIPACIÓN 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 1567/1974 no le resulta de aplicación las previsiones del artículo 81 de la ley 20091.
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 Unico de Seguridad Social (SUSS), con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el artículo 1 del decreto-ley 326/56, 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.
Hasta tanto entre en vigencia lo establecido en el artículo 2 de la resolución que aprueba el presente reglamento, el tomador - empleador abonará el premio directamente a la entidad aseguradora sin necesidad de previa facturación.
El importe correspondiente al fraccionamiento de las primas, como consecuencia de lo establecido en el artículo 7 del presente Anexo, deberá ser abonado por el empleador directamente a la aseguradora.
En el caso de fallecimiento de un trabajador no incluido en la nómina de personal del tomador se actuará conforme a lo dispuesto en el artículo 18º del presente reglamento.
Si el empleador determinara e ingresara el monto del premio, sin haber contratado una póliza con una aseguradora o la relación asegurádora-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 mencionadas, 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 correspondientes a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida.
Obligatorio - decreto 1567/1974, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la comunicación (SSN) 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 al dictado la presente se encuentren operando en el mencionado seguro, deberán cumplimentar lo requerido en el presente artículo antes del 30 de octubre del corriente año, caso contrario los importes recaudados por la Administración Federal de Ingresos Públicos serán direccionados a la cuenta bancaria de la Caja Compensadora que posee abierta la Superintendencia de Seguros de la Nación.
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 CUILES declarados
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 período/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 período/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 de Administración y Operaciones de la Superintendencia de Seguros - 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 -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

W0677

mercantilandina.com.ar | 11.6165.6262 | 0810.888.6262
Nº de inscripción en SSN 116 | Atención al asegurado 0800-666-8400 | Organismo de control www.argentina.gob.ar/ssn | SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

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.

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

ARTICULO 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 24241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el artículo 8 del presente reglamento.
En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1. Partida de Defunción del Asegurado
2. Constancia de CUIL del trabajador
3. Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.
4.- Constancia del pago del premio
5. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final.
6. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
7. Formulario de Designación de Beneficiarios.
8. En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los artículos 53 y 54 de la ley 24241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea está 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 meses de su presentación para la liquidación del siniestro y declaración jurada del cónyuge conforme el artículo 1 ley 17562 y que como Anexo iii) forma parte integrante del presente reglamento
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 (patria potestad, tutela o curatela)
10.- Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio.
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 1891/2005 (t.o. por la RG 2016/2006) de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y sus modificatorias.
Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante:
a) la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) conforme lo reglado por los artículos 53 y 54 de la ley 24241 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 1567/1974, 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 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 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 padron polizas.
d) que correspondan a polizas 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 polizas 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 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 periodos 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

W0677

mercantilandina.com.ar | 11.6165.6262 | 0810.888.6262
Nº de inscripción en SSN 116 | Atención al asegurado 0800-666-8400 | Organismo de control www.argentina.gob.ar/ssn | SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

caso, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.
ARTICULO 30 PRESCRIPCION
Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras prescriben en el término de 5 (cinco) anos, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3º del Codigo Civil.
Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley Nº 17.418.
ARTICULO 31 Quedan derogadas todas las disposiciones reglamentarias en cuanto sean modificadas o se opongan a la presente Reglamentación.

W0677

mercantilandina.com.ar | 11.6165.6262 | 0810.888.6262

Nº de inscripción en SSN 116 | Atención al asegurado 0800-666-8400 | Organismo de control www.argentina.gob.ar/ssn | SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN

Fecha: 10/03/2025 **Hoja Nº:** 0001

VIDA OBLIGATORIO

ANEXO DE POLIZA N° 001317378/000007

CONTRATANTE : SYSTEMS ASAP SA ACTIVIDAD : PRODUCTOR: 84855

DOMICILIO : Suipacha NRO: 190 LOCALIDAD : RETIRO C F

NRO. ITEM	APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	VIGENCIA DESDE	CAPITAL ASEGURADO	DOCUMENTO TIPO-NUMERO
7	D ALESSANDRO DIEGO MAURO	01.01.0001	01.10.2024	858.000,00	DNI 23.248.226
6	SORROCHE HORACIO DANIEL	01.01.0001	01.10.2024	858.000,00	DNI 11.154.252
8	SORROCHE IGNACIO	01.01.0001	01.10.2024	858.000,00	DNI 31.533.925
10	VAZQUEZ BETIANA ALEJANDRA	01.01.0001	01.10.2024	858.000,00	DNI 31.367.336
9	VAZQUEZ NOEMI BEATRIZ	01.01.0001	01.10.2024	858.000,00	DNI 22.763.424

Aseg.: 5 Muerte: 4.290.000,00 Incap.: Accid.:

LOS ABAJO NOMINADOS SON BENEFICIARIOS POR ORDEN DE ITEM DE LOS ASEGURADOS PRECEDENTES

NRO.ITEM	APELLIDO Y NOMBRE	NRO.DOC	PARENTESCO	FEC.NAC

W0690