SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

AV. SAN MARTIN 621 - (5500) MENDOZA - TEL: (0261) 5209400
mendoza@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT:34-50004533-9 - IVA Responsable Inscripto
Convenio Multilateral N°: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04-01-1940

San Cristóbal Seguros

Información de póliza

TOMADOR	RAMO	SUBRAMO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA
CELESTINA BURINI S A	Vida Colectivo	Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74	00HS. DEL 01/03/2024	00HS. DEL 01/03/2025

DIRECCIÓN	N° PÓLIZA / N° FACTURA	LUGAR Y FECHA EMISIÓN	CONCEPTO	N° SOCIO
PONCE 992	01-07-17-75011481	Mendoza, 26/01/2024	Renovación	07-00087257

LOCALIDAD - PROVINCIA	ENDOSO	DNI/CUIT	COND. IVA	CLAVE LINK/BANELCO
5525 - RODEO DE LA CRUZ MENDOZA	0	C.U.I.T. 30-70890585-9	Inscripto	0700087257

Condiciones Particulares

Estándar

Suma Asegurada Total	$0,00
Tasa de prima media anual por mil	0,00
Porcentaje mínimo de adhesión	100%
Cantidad inicial de asegurados	0

SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN EL LISTADO DE ASEGURADOS

EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 18
EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 64
EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA COBERTURA BÁSICA: 70
EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA COBERTURA ADICIONALES: 65
SUMA ASEGURADA MÁXIMA POR PERSONA: $800.000

Costos del Seguro

PRIMA	REC. FINANCIERO	TASA FIN. (TEA)	BASE IMPONIBLE	I.V.A.	I.V.A. R.G. 3337
$0,00	$0,00	0,000 %	$0,00	$0,00	$0,00

PERC. IB. TOTAL*	IMPUESTOS / TASAS	SELLADO	CUOTA SOCIAL ART. 8	PERC. TSeH LA PLATA	DERECHO DE EMISIÓN
$0,00	$0,00	$0,00	$0,00	$0,00	$0

Premio **$0,00**

Cuotas / Medio de pago

MEDIO DE PAGO	ENTIDAD DE COBRO	FRECUENCIA DE FACTURACION
AFIP	AFIP	Mensual

Recordá que ante cualquier duda podes consultar a tu Productor, como así también que toda la documentación que conforma el contrato, se encuentra a disposición en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) y en la APP de San Cristóbal Seguros (Disponible para Android y IOS).

Esta Póliza ha sido aprobada por Superintendencia de Seguros de la Nación por Res. 35.333. Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. La presente es válida como comprobante (R.G. N° 1.415 Anexo I, Apartado "A", inc. d)

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

PRODUCTOR
07-000027 - DOMINGUEZ FERNANDO GABRIEL

MATRÍCULA
48461

ORGANIZADOR
07-900001 - SAN CRISTOBAL SOCIEDAD MUTUAL DE SEGUROS GENERALES

Diego Guaita
Gerente General

Verifique aquí los principales datos de su póliza

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

AV. SAN MARTIN 621 - (5500) MENDOZA - TEL: (0261) 5209400
mendoza@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT:34-50004533-9 - IVA Responsable Inscripto
Convenio Multilateral N°: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04-01-1940

San Cristóbal Seguros

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	PÓLIZA/FACTURA	ENDOSO
CELESTINA BURINI S A	07-00087257	Vida Colectivo	01-07-17-75011481	0

Detalle de Coberturas

Coberturas	Suma Asegurada Individual
Muerte por enfermedad o accidente - VC	$382.250

Servicio Atención al Asegurado

Para consultas o reclamos, comunicarse con San Cristóbal S.M.S.G. al teléfono 0810 222 8887 o mediante correo electrónico a atencioncliente@sancristobal.com.ar

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 0810-222-8887. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.sancristobal.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**

En caso de que ocurriera el fallecimiento de algunos de los asegurados, San Cristóbal S.M.S.G., una vez recibidas y aceptadas las pruebas respectivas, abonará el capital que corresponda según las Condiciones de esta póliza. El contratante deberá satisfacer la prima inicial en la fecha de vigencia estipulada, permaneciendo esta póliza en vigor mientras se continúen abonando las primas sucesivas. Resolución de la Unidad de Información Financiera: Anexo 9L. El clausulado de la presente póliza se encuentra a disposición del Asegurado en el Portal de Autogestión (https://autogestion.sancristobal.com.ar) o en la App del Asegurado (Disponible para Android y IOS)

Condiciones y Cláusulas

Las condiciones y cláusulas adjuntas conforman esta Póliza, así como las Cláusulas Adicionales de las Condiciones Particulares y Anexos que se mencionan a continuación

46 - 90

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

AV. SAN MARTIN 621 - (5500) MENDOZA - TEL: (0261) 5209400
mendoza@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT:34-50004533-9 - IVA Responsable Inscripto
Convenio Multilateral N°: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04-01-1940

San Cristóbal Seguros

TOMADOR	N° SOCIO	RAMO	PÓLIZA/FACTURA	ENDOSO
CELESTINA BURINI S A	**07-00087257**	**Vida Colectivo**	**01-07-17-75011481**	**0**

SISTEMAS HABILITADOS PARA EL PAGO DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

En observancia al artículo 1° de la Resolución N° 90/2001 (modificado por la Resolución N° 407/2001) del Ministerio de Economía de la Nación y de su reglamentaria, la Resolución N° 28.268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, San Cristóbal S.M.S.G. cumple en advertir al asegurado.

Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación.

«... Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de débito, crédito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora...»

Art 2° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación

«Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Art. 1° de la presente resolución.»

La obligación del pago del premio de operaciones efectuadas mediante descuento de haberes o conjuntamente con el cobro de créditos, planes de ahorro o cualquier otro procedimiento análogo, se considerarán cumplidas cuando las mismas sean descontadas del haber o en la fecha en que el asegurado o tomador abonó la cuota, independientemente del efectivo ingreso de los fondos a la entiedad aseguradora.

Nómina de sistemas habilitados para el cobro en los términos del Art. 1° Resolución 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:

a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos:
- Rapipago - Chubut Pagos - Pampa Pagos - Pago Listo - Banelsip (Cobro Express, Fullcarga, Fullpago, etc.) - Entre Ríos Servicios - San juan Servicios
- Pago Fácil - Provincia Pagos - Formo Pagos - Pagocoop - Bica Ágil - Pronto Pago - Santa Fe Servicios - Santa Cruz Servicios
- Cajeros Autpomáticos de las redes Banelco y Link.
- A través de Internet: www.pagomiscuentas.com, www.linkpagos.com.ar y www.interbanking.com.ar (interpagos).
- Servicio de Pagos Visa: por internet, en www.visa.com.ar (opción Visa Home Socios), Por teléfonmo, llamando al (011) 4379-7700 ó 0810-666-7700.
- Serrvicio de Pagos Mastercard: por Internet en www.masterconsultas.com.ar opción Pago de Servicios.

b) Entidades financieras (pago en ventanilla):
- Banco Municipal de Rosario, Banco de la Provincia de Córdoba, banco Credicoop, Banco BBVA Francés, Banco Macro, Banco de la Nación Argentina, Banco Supervielle, Banco del Chubut, Banco Bica, Montemar C.F, Nuevo Banco del Chaco.

Débito en cuenta corriente o caja de ahorros:
- Bancos adheridos al Sistema Nacional de Pagos.

c) Tarjetas de débito, crédito o compras:
- Tarjetas de Débito (sólo en sucursales): Visa Débito, Maestro.
- Tarjetas de Crédito (débito automático): American Express, Argencard / Mastercard, BBPS, Cabal, Coopeplus, Credencial, Diners, Galicia Rural, Itaicred, Kadicard, Montemar Shopping, Naranja, Nativa, Nativa Mastercard, Nevada, Patagonia, Visa.

TOMADOR/ASEGURADO	N° SOCIO	RAMO	PÓLIZA/FACTURA	ENDOSO
CELESTINA BURINI S A	**07-00087257**	**Vida Colectivo**	**01-07-17-75011481**	**1**

46 - ANEXO I - Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 3° - PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto Nº 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o Indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4° - CONTRATACIÓN 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 pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5° - PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO - AJUSTE DE PRIMAS
El costo del seguro estará a cargo del empleador.
La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima
La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($1.000).
Suma asegurada
La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, la cuál será comunicada anualmente por la SSN con la suficiente antelación a fin de proceder a los ajustes necesarios.
Ajuste de prima
Para el caso de que se estableciera una variación en la prima o suma asegurada, la misma debe comunicarse a las partes involucradas, con la suficiente antelación, a fin de proceder a los ajustes que correspondan para su pago.

ARTÍCULO 6° - AUTORIZACIÓN 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 a operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nº 1567/74" que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.
En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán, copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informará la fecha y el número de Resolución de Superintendencia de Seguros de la Nación que la autoriza a operar en la Rama Vida.

ARTÍCULO 7° - SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN DE LA PÓLIZA - NÓMINA DEL PERSONAL ASEGURADO
Solicitud del Seguro
Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:
a)copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "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 adecuarán las pólizas vigentes, para que al momento de su renovación la fecha de inicio de vigencia de las mismas sea coincidente con el día primero del correspondiente mes calendario, mecanismo que también corresponde aplicar a las nuevas pólizas que se emitan en el futuro.
Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los 15 (QUINCE) días de celebrado el contrato.
Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74" y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC).

A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique:
a)Aseguradora donde se encuentra vigente la cobertura, domicilio, teléfonos, y dirección electrónica.

b)Como mínimo, deberá incluir la siguiente información: Objeto del seguro y quienes están excluidos, prestación, contratación del seguro – responsabilidad del empleador, designación de beneficiarios, plazo para el cobro del beneficio, falta de reclamo de los beneficiarios y derecho a modificar los beneficiarios.
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 (UNO) afiche por cada establecimiento.
La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores – tomadores del seguro, quienes expondrán al menos 1 (UNO) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores. Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción.
Es de exclusiva responsabilidad del empleador – tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

ARTÍCULO 8° - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 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".
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.

ARTÍCULO 9° - VIGENCIA - PERÍODO 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 Nº1567/74 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.

ARTÍCULO 10° - DERECHO DE EMISIÓN, GASTOS DE ADM. Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIP. A PAS - EXENCIÓN DE TASA UNIFORME
El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:
•hasta 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.

ARTÍCULO 11° - PAGO DEL PREMIO
El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador-empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en consideración el valor del premio vigente.
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° 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.
El importe correspondiente al fraccionamiento de las primas, como consecuencia de lo establecido en el Artículos 7º 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 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 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.

ARTÍCULO 12° - DISTRIBUCIÓN DE RECAUDACIÓN
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 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 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 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.

ARTÍCULO 13° - SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO – RESCISIÓN
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la seguridad social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de TREINTA (30) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.

La cobertura se reanudará a partir de la hora CERO del día siguiente al ingreso (O) de la prima.
La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los SESENTA (60) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la rescisión automática del contrato.
La suspensión del seguro, o su rescisión por falta de pago del premio, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.
Los pagos efectuados por los tomadores-empleadores una vez vencido el plazo de suspensión y estando la póliza rescindida, no dará derecho a rehabilitar la misma.
ARTÍCULO 14° - COMUNICACIÓN DE ALTAS Y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "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.

ARTÍCULO 15° - LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO
La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado.
Si por cualquier causa la designación deviniera ineficaz o quedase sin efecto, se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente, según lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8 del presente Reglamento.
En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente.
En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1)Partida de Defunción del Asegurado
2)Constancia de CUIL del trabajador
3)Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.
4)Constancia del pago del premio
5)Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final
6)Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
7)Formulario de Designación de Beneficiarios.
8)En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 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
i.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 17.562
ii.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).
iii.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 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.

ARTÍCULO 16° - SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA
Independientemente del pago de premio efectuado por los empleadores, no podrán ser trasladados a la Caja Compensadora bajo ningún concepto

los siniestros:
a)que afecten a trabajadores no incluidos en las nóminas del tomador, ni los excluidos en el artículo 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.

ARTÍCULO 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.
8.
ARTÍCULO 18° - RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR
El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio ante la falta de concertación del seguro.
La suspensión del seguro, por falta de pago o pago insuficiente del premio y la consecuente rescisión en su caso, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.
Anexo 9L
Se deja constancia que en caso de siniestros indemnizable y en cumplimiento de la Resolución 28/2018 de Unidad de Información Financiera, la Sociedad podrá requerirle, parcial o totalmente, la siguiente información:
a) Nombre y Apellido o Razón Social
b) DNI y CUIT / CUIL / CDI (Personas Físicas).
c) CUIT (Personas Jurídicas)
d) Lugar de Nacimiento (Personas Físicas)
e) Estado Civil, Nombre y Apellido y Tipo y Número de Documento del Cónyuge (Personas Físicas).
f) Listado de miembros que integran el órgano de administración y de socios que ejercen el control de la sociedad (Personas Jurídicas)
g) Domicilio real, laboral o comercial, o domicilio de la sede social principal.
h) N° de teléfono
i) Dirección de Correo Electrónico
j) Vínculo con el asegurado o el tomador del seguro, si lo hubiere.
k) Calidad bajo la cual cobra la indemnización. A tales efectos deberá preverse la siguiente clasificación básica:
• Titular del interés asegurado.
• Tercero damnificado.
• Beneficiario designado o heredero legal.
• Cesionario de los derechos de la póliza. En tal caso, deberá cumplimentarse la siguiente información mínima, en el momento de notificarse una cesión de derechos derivados de la póliza o un cambio en los beneficiarios designados, si no hubiese sido completada con anterioridad:
o Identificación del cesionario o beneficiario
o Motivo que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
o Vínculo que une al asegurado o tomador del seguro con el cesionario o beneficiario.
l) Manifestación de bienes,
m) Certificación de ingresos
n) Declaraciones juradas de impuestos
o) Estados contables auditado por Contador Público y certificado por el Consejo Profesional correspondiente
p) Documentación bancaria
q) Toda otra información que contribuya en la definición del perfil del cliente.

90 - Anexo 9L

Se deja constancia que en caso de siniestros indemnizable y en cumplimiento de la Resolución 28/2018 de Unidad de Información Financiera, la Sociedad podrá requerirle, parcial o totalmente, la siguiente información:

a) Nombre y Apellido o Razón Social
b) DNI y CUIT / CUIL / CDI (Personas Físicas).
c) CUIT (Personas Jurídicas)
d) Lugar de Nacimiento (Personas Físicas)
e) Estado Civil, Nombre y Apellido y Tipo y Número de Documento del Cónyuge (Personas Físicas).
f) Listado de miembros que integran el órgano de administración y de socios que ejercen el control de la sociedad (Personas Jurídicas)
g) Domicilio real, laboral o comercial, o domicilio de la sede social principal.
h) N° de teléfono
i) Dirección de Correo Electrónico
j) Vínculo con el asegurado o el tomador del seguro, si lo hubiere.
k) Calidad bajo la cual cobra la indemnización. A tales efectos deberá preverse la siguiente clasificación básica:
• Titular del interés asegurado.
• Tercero damnificado.
• Beneficiario designado o heredero legal.

SAN CRISTOBAL S.M.S.G.

AV. SAN MARTIN 621 - (5500) MENDOZA - TEL: (0261) 5209400
mendoza@sancristobal.com.ar - http://www.sancristobal.com.ar

CUIT:34-50004533-9 - IVA Responsable Inscripto
Convenio Multilateral N°: 34-50004533-9
Inicio de actividades: 04-01-1940

San Cristóbal Seguros

TOMADOR/ASEGURADO	N° SOCIO	RAMO	PÓLIZA/FACTURA	ENDOSO
CELESTINA BURINI S A	**07-00087257**	**Vida Colectivo**	**01-07-17-75011481**	**1**

• Cesionario de los derechos de la póliza. En tal caso, deberá cumplimentarse la siguiente información mínima, en el momento de notificarse una cesión de derechos derivados de la póliza o un cambio en los beneficiarios designados, si no hubiese sido completada con anterioridad:
o Identificación del cesionario o beneficiario
o Motivo que origina la cesión de derechos o cambio de beneficiarios.
o Vínculo que une al asegurado o tomador del seguro con el cesionario o beneficiario.
l) Manifestación de bienes,
m) Certificación de ingresos
n) Declaraciones juradas de impuestos
o) Estados contables auditado por Contador Público y certificado por el Consejo Profesional correspondiente
p) Documentación bancaria
q) Toda otra información que contribuya en la definición del perfil del cliente.

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 7100271

Buenos Aires, **08 / 03 / 2025**
Página 1

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **CELESTINA BURINI S A**

C.U.I.T. N° **30-70890585-9** | N° de Contrato **211925** | N° de Póliza Digital **4349448**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **ACCESO ESTE LATERAL NORTE** | N° **10284** | Piso | Oficina

Localidad **RODEO DE LA CRUZ** | Provincia **MENDOZA** | Código Postal **5525**

Teléfono **(0261) 491-0432** | Fecha de afiliación **31 / 12 / 2016** | Vigencia **01 / 02 / 2017** al **31 / 01 / 2026**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

492290 Transporte automotor de cargas n.c.p.

Por la presente Provincia Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra RPB S.A. - CUIT 30-66313737-5, sus funcionarios, empleados u obreros, sea con fundamento en el art. 39, ap. 5, de la Ley Nº 24.557, sea en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex dependiente de CELESTINA BURINI S A, amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº 211925, por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo.

Esta "Cláusula de no repetición" cesará en sus efectos si la empresa comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

Fuera de las causales que expresamente prevee la normativa vigente, el contrato de afiliación no podrá ser modificado o enmendado sin previa notificación fehaciente a RPB S.A. - CUIT 30-66313737-5, en un plazo no inferior a quince(15) días corridos.

Se deja constancia por la presente que la empresa de referencia se encuentra asegurada en Provincia A.R.T.

El presente certificado tiene una validez de 30 días corridos a partir de la fecha de emisión. En ningún caso Provincia ART S.A. será responsable de las consecuencias del uso del certificado una vez vencido el plazo de validez.

INFORMACIÓN PARA EL CLIENTE
Por favor, recordá revisar periódicamente las comunicaciones que te enviamos a través del sistema de Ventanilla Electrónica de la SRT.Tanto la suscripción a este servicio como el acceso se efectúa con la clave fiscal de AFIP. En www.srt.gov.ar podrás encontrar los instructivos que indican cómo adherirse a ese sistema y cómo utilizarlo.

Para corroborar los datos y consultar sobre la emisión de este certificado de cobertura, Provincia ART dispone de la casilla certificados@provart.com.ar.

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL

CERTIFICADO DE COBERTURA
N° 7100271

Buenos Aires, **08 / 03 / 2025**

DATOS DEL CLIENTE

Nombre o razón social **CELESTINA BURINI S A**

C.U.I.T. N° **30-70890585-9** | N° de Contrato **211925** | N° de Póliza Digital **4349448**

DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle **ACCESO ESTE LATERAL NORTE** | N° **10284** | Piso | Oficina

Localidad **RODEO DE LA CRUZ** | Provincia **MENDOZA** | Código Postal **5525**

Teléfono **4910432** | Fecha de afiliación **31 / 12 / 2016** | Vigencia **01 / 02 / 2017** al **31 / 01 / 2026**

Nivel de cumplimiento en Higiene y Seguridad **2**

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

492290 Transporte automotor de cargas n.c.p.

C.U.I.L.	NOMBRE Y APELLIDO	TAREA
20-18447772-7	BASETTA ROBERTO	CHOFER
20-23840880-7	BONETTO GERARDO ROBERTO	OTROS OFICINISTAS
20-28595947-1	GARAY GABRIEL FRANCISCO	VEHICULO
20-26210034-1	GUEVARA ANGEL ARIEL	CHOFER
20-26425435-4	LENCINAS MANUEL ANGEL	CHOFER
23-29372890-9	LETA MARCELO JOSE	ADMINISTRATIVO
20-18269046-6	MORENO FRANCISCO JAVIER	CONDUCTORES DE CAMIONES PESADOS
20-30672761-4	TAGUA ALFREDO DAVID	CHOFER

Para corroborar los datos y consultar sobre la emisión de este certificado de cobertura, Provincia ART dispone de la casilla certificados@provart.com.ar.

Provincia A.R.T. S.A.
Código de A.R.T.: 0005-1 - C.U.I.T. Nº: 30-68825409-0
Carlos Pellegrini 91 - (C1009ABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4819-2800 - Fax: (011) 4819-2888
www.provinciart.com.ar - info@provart.com.ar

ACT. FLORENCIA FIRENZE
GERENTE TECNICA-ACTUARIAL