GALENO VIDA

CUIP: 087820300400000000000000000000107282000000000000099232246976191-1000006325710000098597000001

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/03/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 16 de Abril de 2024

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

**Datos del Tomador/Asegurado**

Nombre y Apellido / Razón Social : HACHE, EDUARDO GABRIEL — Cod. Aseg.: 685852

Domicilio : DEL INMIGRANTE 1048

Localidad: 5569 EUGENIO BUSTOS — Provincia : MENDOZA

CUIT : 23224697619 — Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**PRODUCTOR:** 31800 GOMEZ ARIEL GUSTAVO **MATRÍCULA N°SSN:** 63257 **CASILLERO:**

**MODO DE FACTURACIÓN:** MENSUAL

Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC) 68267DF85341ABC738F38A32107282/000

68267DF85341ABC738F38A32107282/000

**FRENTE DE PÓLIZA**

RENOVACIÓN DE PÓLIZA.
VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

EGÚN RESOLUCIÓN 38.136 DE LA CIRCULAR SSN REG 226

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| MONEDA | PRIMA | REC.ADMINISTR. | REC. FINANCIERO | DER.EMISION | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| $ | 1.934,79 | 0,00 | 0,00 | 12,00 | 1.946,79 |

| | | I.V.A. | R.G. 3337 | IVA RFI | I.BRUTOS | LEY 26363 | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.946,79 |

| FORMA DE PAGO | VENCIMIENTO 1° CUOTA |
|---|---|
| | 15/05/2024 |

Las condiciones generales anexas y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza.

PÓLIZA RENOVADA

VOB0001

91794

**Entre GALENO SEGUROS S.A., en adelante "EL ASEGURADOR", y quien se designa con el nombre de "TOMADOR", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las condiciones generales y particulares anexas en esta póliza que forman parte integrante de la misma.**
**Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (art.12 de la Ley de Seguros).**
**La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.**
**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 0800-777-5433. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.galenoseguros.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.**
**PARA CONSULTAS O RECLAMOS, COMUNICARSE CON GALENO SEGUROS S.A. AL 0800-777-5433.**

**ESTÁ PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR PROVEIDO Nº 120873**

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/03/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 16 de Abril de 2024

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

| Detalle de Coberturas | Tasa de Prima de Tarifa |
|---|---|
| MUERTE | 2.4600 |

**Detalle de Riesgos**

RIESGOS CUBIERTOS

| | | |
|---|---|---|
| VENTURA CORTEZ, VENANCIO | CUIL 20254727335 | F.Nac: 06/02/1977 |
| BAZAN, VICTOR CEERINO | CUIL 20283670059 | F.Nac: 20/07/1980 |
| ARCE, ADRIAN ANDRES | CUIL 20298950473 | F.Nac: 08/09/1982 |
| CUELLO, ALEJANDRO DANIEL | CUIL 20300128557 | F.Nac: 28/04/1983 |
| LOTO, SERGIO DANTE | CUIL 20307136652 | F.Nac: 29/06/1984 |
| SAEZ, MARIO SEBASTIAN | CUIL 20312870534 | F.Nac: 20/02/1985 |
| ISON, LUCIANO DARIO | CUIL 20337679901 | F.Nac: 28/06/1988 |
| PEÑALOZA, ALEX RAMON | CUIL 20356276478 | F.Nac: 12/06/1990 |
| MANCILLA, HECTOR MAXIMILIANO | CUIL 20376232604 | F.Nac: 05/08/1993 |
| FUNES, OSCAR ESTEBAN | CUIL 23356637089 | F.Nac: 31/01/1990 |
| PRIETO, FRANCISCO MIGUEL ANTONIO | CUIL 27356282596 | F.Nac: 19/01/1992 |

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/03/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 16 de Abril de 2024

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO

DECRETO N° 1567/74

CAPÍTULO I

DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

Artículo 1°. OBJETO

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

Articulo 2°. EXCLUSIONES

Quedan excluidos de esta cobertura:

a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16600;

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

Artículo 3°. PRESTACIÓN

La prestación establecida por el Decreto N° 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo. Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a una sola prestación del seguro. La contratación del seguro queda a cargo y es obligación del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

Artículo 4°. CONTRATACIÓN DEL SEGURO

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

Artículo 5°. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACIÓN DE CAPITAL ASEGURADO -AJUSTE DE PRIMAS

El costo del seguro estará a cargo del empleador.

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

Prima

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

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

Articulo 6°. AUTORIZACIÓN PARA OPERAR EN LA COBERTURA

Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el 'Registro Especial de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74', que lleva la SSN. En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio. A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

informará la fecha y el número de Resolución de SSN que la autoriza a operar en la Rama Vida.

Artículo 7°. SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN DE LA PÓLIZA - NÓMINA DEL PERSONAL ASEGURADO

Solicitud del Seguro

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

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

b) Constancia de baja de la cobertura correspondiente al período anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay en caso de corresponder, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período. A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema 'Mi Simplificación'. Cuando el tomador empleador -contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Única de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener esta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.

Emisión y entrega de Póliza - Fecha de inicio de vigencia

Las aseguradoras emitirán las pólizas en donde la fecha de inicio de vigencia sea coincidente con el primer día del mes calendario. Esto también es aplicable a las renovaciones. Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los QUINCE (15) días de celebrado el contrato. Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto 'Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74' y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC).

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

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

a) Aseguradora donde se encuentre vigente la cobertura, domicilio, teléfonos y dirección electrónica;

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

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

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

Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los

tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos UN (1) afiche por cada establecimiento.

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

Artículo 8°. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios. La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

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

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

A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.

El comprobante de Incorporación al seguro y de Designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.

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

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

Articulo 9°. VIGENCIA - PERÍODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDADTRASPASO DE ASEGURADORA

nicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá TREINTA (30) días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha. Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora CERO (O) del trigésimo primer día posterior a la solicitud del seguro.

Las aseguradoras al emitir las pólizas correspondientes por inicio de actividades de los empleadores, deberán tomar en consideración lo establecido en el Artículo 7° del presente Anexo.

En el caso en que el tomador hubiera contratado la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 en una entidad aseguradora y:

a) Resolviera contratarla con otra, existiendo continuidad asegurativa, no le alcanza el plazo de carencia mencionado en el presente articulo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los Artículos 7° y 8° del presente Reglamento.

b) Durante la vigencia de la misma, decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del día primero del mes calendario siguiente a la baja de la anterior cobertura. Para emitir la póliza, la nueva entidad aseguradora deberá exigir al tomador- empleador una constancia de baja de cobertura, emitida

por la anterior aseguradora desde el Sistema Kausay, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo periodo.

La responsabilidad del asegurador comienza a la hora CERO (O) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a las VEINTICUATRO (24) horas del último día de vigencia estipulado.

Artículo 10°. DERECHO DE EMISIÓN, GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCIÓN DE TASA UNIFORME

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

Hasta VEINTICINCO (25) asegurados PESOS DOCE ($12). Entre VEINTISEIS (26) y CINCUENTA (50) asegurados PESOS DIECISIETE ($17). Más de CINCUENTA (50)'asegurados PESOS VEINTICINCO ($25).

El tomador-empleador, cuando corresponda, declarará y abonará el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS.

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un VEINTIDÓS CON SETENTA POR CIENTO (22,70%), para atender los gastos de administración de esta cobertura. Las entidades aseguradoras podrán reconocer a los productores asesores de seguros una participación de los fondos provenientes de los gastos de administración. La liquidación de las participaciones será efectuada por las entidades aseguradoras. Atento a la naturaleza particular del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del Articulo 81 de la Ley N° 20.091.

Artículo 11°. PAGO DEL PREMIO

El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador-empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en consideración el valor del premio vigente, a partir de lo establecido en el Artículo 2° y lo determinado en el Artículo 6° de la Resolución SSN N° 35.333 del 16 de septiembre de 2010 y sus modificatorias.

Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con SUSS, con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el Artículo 1° de la Ley N° 26.844, las que serán abonadas directamente a las aseguradoras. A tal efecto la AFIP queda facultada para dictar las normas operativas que resulten necesarias.

La AFIP establecerá los mecanismos para la distribución de los fondos a las respectivas aseguradoras.

En el caso de fallecimiento de un trabajador no incluido en la nómina de personal del tomador se actuará conforme a lo dispuesto en el Artículo 18 del presente reglamento. Si el empleador determinara e ingresara el monto del premio, sin haber contratado una póliza con una aseguradora o la relación aseguradora-CUIT sea errónea o esté fuera de vigencia, no implicará cobertura automática en dicho seguro. En dichos supuestos la AFIP direccionará los montos y la información a la SSN.

Regularizados los supuestos antes mencionados, los futuros pagos que efectúen serán transferidos por la AFIP a las entidades aseguradoras que correspondan conforme el procedimiento establecido en el Artículo 12 del presente anexo.

Artículo 12°. DISTRIBUCIÓN DE RECAUDACIÓN

12.1. Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la AFIP serán transferidos a las aseguradoras a las cuentas bancarias que éstas establezcan. A tal efecto, las aseguradoras, a través de una nota firmada por personal de la entidad autorizado a tal fin, deberán informar a la SSN los datos correspondientes a la cuenta bancaria del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la

recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN N° 2434 del 6 de mayo de 2010.

La mencionada nota deberá contener como mínimo los siguientes datos: titular de la cuenta bancaria, número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal y clave bancaria universal, debiendo ser acompañada de una certificación emitida por la entidad bancaria en la que conste que la misma está libre de inhibiciones y embargos.

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

12.2. La AFIP transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta SSN, el que será confeccionado en base a los datos que las entidades envían al Sistema Informático Kausay y el cual contendrá los datos necesarios para poder proceder a la correcta distribución de los conceptos recaudados por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.

12.3. La AFIP informará en forma diaria a las aseguradoras diversa información respecto de la determinación del pago, las nóminas y los importes acreditados en las Cuentas Bancarias por ellas informadas, mediante la utilización de transferencia electrónica, los que contendrán los siguientes datos:

1) CUIC - Clave única de identificación de contratos;

2) CUIT del tomador-empleador;

3) Período declarado;

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

4) Identificación de las CUIL declaradas;

5) Fecha en que pagó el tomador-empleador;

6) Importe total depositado por el tomador-empleador discriminado por prima y derecho de emisión;

7) Fecha de procesamiento;

8) Fecha de transferencia a la Cuenta Bancaria de la Aseguradora;

9) Importe acreditado en la Cuenta Bancaria;

12.4. Cuando la Aseguradora detecte diferencias entre lo informado por la AFIP en los archivos publicados de respaldo y la información provista por los empleadores podrá requerir un análisis de las mismas. A tal fin deberá presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual realiza la consulta, y el/los periodo/s fiscal/es con diferencia, adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s. La nota deberá ser dirigida a la División Usuarios de la Seguridad Social y presentarla personalmente en Balcarce 167 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo, o enviarla por correo postal.

Si se diera el caso que la consulta no está relacionada con diferencias entre lo pagado y lo transferido, no será necesaria la presentación de la copia del comprobante de pago. Una vez iniciado el análisis de lo requerido, la AFIP podrá solicitar a la Aseguradora la presentación de documentación adicional que coadyuve a obtener el resultado del mismo.

12.5. Cuando los empleadores o las Aseguradoras verifiquen que los fondos de los pagos efectuados fueron derivados por la AFIP a la SSN, podrán requerir la devolución de los mismos. A tal fin deberán presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la empresa (empleador) o de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los periodo/s fiscal/es, sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo.

La nota deberá ser dirigida a la Gerencia Administrativa de la SSN - Sector SCVO y presentarla personalmente o a través de correo postal en la Avda. Julio A. Roca 721 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.

Artículo 13°. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO -RESCISIÓN

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

a cobertura se reanudará a partir de la hora CERO (0) del día siguiente al ingreso de la prima. La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los SESENTA (60) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la rescisión automática del contrato. La suspensión del seguro, .o su rescisión por falta de pago del premio, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio. Los pagos efectuados por los tomadores-empleadores una vez vencido el plazo de suspensión y estando la póliza rescindida, no dará derecho a rehabilitar la misma.

Artículo 14°. COMUNICACIÓN DE ALTAS y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS

Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema '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 AFIP, tendrá derecho a exigir al tomador la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.

Para el caso que el tomador-empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social, las altas y bajas deben ser comunicadas mensualmente a la aseguradora. A fin de mantener vigente la cobertura, el tomador-empleador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11 del presente reglamento.

Artículo 15°. LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios la existencia del

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado. Si por cualquier causa la designación deviniera ineficaz o quedase sin efecto, se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente, según lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8°. En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio. Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:

1) Partida de Defunción del Asegurado;

2) Constancia de CUIL del trabajador;

3) Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento;

4) Constancia de pago del premio;

5) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final;

6) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido;

7) Formulario de Designación de Beneficiarios;

8) En caso de no existir designación de beneficiarios o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta emitida. por la ANSeS o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido;

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

a) Ellos beneficiario/s: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, y declaración del último domicilio real;

b) Derechohabientes;

b.1) El/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a SEIS (6) meses de su presentación para la liquidación del siniestro.

b.2) El/la conviviente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; Información Sumaria Judicial y Declaración de Derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES);
b.3) Hijos/as: fotocopia del Documento Nacional de Identidad y partida de nacimiento legalizada y de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal conforme lo dispuesto en el Artículo 101 del Código Civil y Comercial de la Nación. Completada la documentación, suministrada por el empleador, beneficiarios y/o derechohabientes, la indemnización deberá abonarse dentro de los QUINCE (15) días siguientes. En ningún caso la aseguradora será responsable del pago del beneficio por el fallecimiento de los trabajadores que no hubiesen sido dados de alta en la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General N° 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General N° 2016/2006) de la AFIP y sus modificatorias.

Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante:

i) La falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la ANSES conforme lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o testamentarios;

ii) Luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago;

En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:

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

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

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

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

4) Constancia del depósito en la Caja Compensadora.

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

Artículo 16°. SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA

Independientemente del pago de premio efectuado por los empleadores, no podrán ser trasladados a la Caja Compensadora bajo ningún concepto los siniestros:

a) Que afecten a trabajadores no incluidos en las nóminas del tomador, ni los excluidos en el Artículo 2° del presente anexo;

b) Que correspondan a pólizas emitidas que no cuenten con la debida Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC);

c) Que correspondan a pólizas que si bien poseen Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC), la aseguradora hubiera remitido, a través del Sistema Kausay, datos incorrectos o no hubiera efectuado la remisión en tiempo y forma de todas las novedades que modifique el padrón pólizas;

d) Que correspondan a pólizas emitidas por las entidades que no hayan dado cumplimiento a lo establecido en el Articulo 12 - 12.1 del presente Anexo;

e) Que correspondan a pólizas cuyos premios no hayan sido abonados conforme lo establecido en el Artículo 11 del presente Anexo.

Artículo 17°. PROHIBICIONES

Se prohíbe a las entidades aseguradoras: 1) Otorgar bonificaciones;

2) Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el Artículo 10 del presente reglamento;

3) Efectuar publicidad directa;

4) Rechazar solicitudes presentadas por los empleadores de conformidad a las disposiciones del presente reglamento;

5) Efectuar pagos graciables;

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

7) Co asegurar y reasegurar.

Articulo 18°. RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR

El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio ante la falta de concertación del seguro.

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

CAPÍTULO II

DE LA CAJA COMPENSADORA

Artículo 19°. CAJA COMPENSADORA - FONDOS - SISTEMA INFORMÁTICO -TERMINOLOGÍA - INTERESES - COBRO JUDICIAL.

19.1. CAJA COMPENSADORA - FONDOS

El total de primas recaudadas por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74 conformará el 'Fondo de la Caja Compensadora', y su administración estará a cargo de la SSN quien dispondrá las transferencias:

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

a) De los excedentes a fin de compensar los defectos a quienes los tuvieran o el depósito de los mismos en la cuenta bancaria habilitada a tal efecto para la Caja Compensadora.

b) Para el pago de los resarcimientos por las muertes producidas de los amparados por la cobertura;

c) Por la distribución de las utilidades del sistema;

d) Por los gastos de administración de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

19.2. SISTEMA INFORMATICO

La SSN establece un sistema para la operatoria de la Caja Compensadora del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, el cual recibirá todas y cada una de las informaciones que remitan las entidades por vía informática, efectuando los controles para realizar la validación de los datos enviados.

Dicha información será recepcionada por la SSN, a los efectos de la supervisión y control. Una vez validada la información recibida, el sistema emitirá a las entidades las comunicaciones correspondientes.

19.3. TERMINOLOGÍA.

9.3.1. ANTICIPOS DE OPERACIONES MENSUALES Se define como tal a aquellas informaciones que las entidades mensualmente enviarán a través del sistema informático a la SSN.

19.3.2. DECLARACIÓN JURADA TRIMESTRAL

Se define como tal a aquella información que las entidades trimestralmente enviarán tanto en forma impresa y debidamente firmada por la entidad, como a través del sistema informático a la SSN.

19.3.3. AJUSTES DE PERIODOS INFORMADOS

Cuando surgieran diferencias en la información suministrada, ya sean éstas detectadas por la propia aseguradora como por la SSN, los ajustes correspondientes serán consignados en la próxima declaración jurada trimestral a remitir.

19.3.4. ÓRDENES PARA DEPOSITAR Son las que la SSN enviará a través del sistema informático trimestralmente a las entidades para que efectúen el depósito en la Cuenta Bancaria habilitada para la Caja Compensadora.

Artículo 20°. ANTICIPOS DE OPERACIONES MENSUALES - DECLARACIÓN JURADA TRIMESTRAL - EXCEDENTES - INTERESES.

20.1. ANTICIPOS DE OPERACIONES MENSUALES

20.1.1. Formulario - Forma de Envío:

Las entidades aseguradoras enviarán a través del sistema informático un ANTICIPO DE OPERACIONES MENSUALES, que contendrá la información indicada en el Formulario que se establece en la presente como Anexo iii).

La información a remitir en forma mensual, con carácter de ANTICIPO, deberá indicar:

a) Premios percibidos del mes;

b) Derechos de Emisión del mes;

c) Primas Percibidas Netas (Premios Percibidos del mes menos Derechos de Emisión del Mes); Importes a deducir:

d) Gastos de Administración (Artículo 10) del mes VEINTIDOS CON SETENTA POR CIENTO (22,70%) sobre Primas Percibidas Netas;

e) Importe de los Siniestros Pagados en el mes;

f) El importe neto surge de la sumatoria de Primas Percibidas Netas menos los Gastos de Administración (Articulo 10) y los Siniestros Pagados.

20.1.2. Fecha de Vencimiento.

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

El vencimiento para el envío del ANTICIPO DE OPERACIONES MENSUALES opera a los DIEZ (10) días corridos de finalizado el mes al que corresponden las operaciones.

20.2. DECLARACIÓN JURADA TRIMESTRAL

20.2.1. Formulario - Forma de presentación.

Sin perjuicio de los ANTICIPOS DE OPERACIONES MENSUALES que las aseguradoras envíen, que revisten carácter informativo, deberán presentar la DECLARACIÓN JURADA TRIMESTRAL, en forma impresa y debidamente firmada por la entidad, como así también enviarla a través del sistema informático, utilizando para tal fin los Formularios que obran como Anexos iv) y v) y forman parte integrante del presente reglamento.

La información a remitir en la DECLARACIÓN JURADA TRIMESTRAL, deberá indicar: 1.-

a) Premios Percibidos por cada uno de los meses del trimestre;

b) Derechos de Emisión por cada uno de los meses del trimestre;

c) Primas Percibidas Netas por cada uno de los meses del trimestre (Premios Percibidos en cada uno de los meses del trimestre menos los Derechos de Emisión de cada uno de los meses del trimestre).

Importes a deducir:

d) Gastos de Administración (Artículo 10) VEINTIDOS CON SETENTA POR CIENTO (22,70%) sobre Primas Percibidas Netas de cada uno de los meses del trimestre;

e) Importe de los Siniestros Pagados en cada uno de los meses del trimestre;

f) El importe neto de cada uno de los meses del trimestre surge de la sumatoria de Primas Percibidas Netas menos los Gastos de Administración (Artículo 10) y los Siniestros Pagados.

2.- Totales por cada uno de los conceptos señalados que constituyen la operatoria del trimestre;

3.- Los importes consignados en las declaraciones juradas trimestrales deberán ser la sumatoria de los informados en los anticipos mensuales. En el supuesto de existir diferencias se estará a lo dispuesto en el punto 19.3.3. del presente reglamento.

4.- Detalle de los siniestros pagados, cuyos montos hayan sido consignados en la declaración jurada trimestral.

20.2.2. Fecha de Vencimiento

El vencimiento para la presentación de las declaraciones juradas trimestrales - por los medios antes señalados - opera a los QUINCE (15) días corridos finalizado el trimestre.

20.2.3. Procesamiento de las declaraciones juradas trimestrales

El sistema recibirá todas y cada una de las informaciones que remitan las entidades a través del sistema informático por la operatoria del trimestre las que deberán ser coincidentes con las declaraciones juradas trimestrales que presentan en forma impresa, y efectuará los controles para realizar la validación de los datos enviados.

20.3. Saldos trimestrales

a) Una vez efectuado los procesos de controles y establecido el saldo final de los trimestres, el sistema informático enviará, a aquellas aseguradoras que posean un saldo positivo, una 'ORDEN PARA DEPOSITAR' el excedente a favor de la Caja Compensadora en la cuenta bancaria habilitada a tal efecto, las que deberán ser abonadas hasta el vencimiento del trimestre (según punto 20.2.2.), debiendo remitir la constancia de pago a la SSN;

b) Si el saldo final resultare negativo, será la Caja Compensadora quien transferirá los mismos a la aseguradora para lo cual deberán tener cumplimentado el procedimiento de Altas, Bajas, Modificaciones de datos de beneficiarios de pagos en el Sistema Integrado de Información Financiera instituido por el ex Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos - Secretaria de Hacienda, a través de la Resolución N° 262 del 13 de junio de 1995 y normas complementarias.

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

20.4. Intereses

A los saldos a favor de la Caja Compensadora no abonados en término se les aplicará en todos los casos el interés punitorio de un UNO POR CIENTO (1%) mensual conforme lo establece la Resolución SSN N° 29.054 del 13 de diciembre de 2002.

20.5. ERRORES EN LAS DECLARACIONES JURADAS- COBRO JUDICIAL

Si la SSN detectara errores en las declaraciones juradas presentadas por las aseguradoras que operaren en esta cobertura que determinaren deudas de la Caja Compensadora con la entidad, las sumas respectivas serán compensadas a valores nominales en futuros períodos. Cuando de las verificaciones practicadas por el Organismo de Control resulten en ajustes definitivos a las declaraciones juradas presentadas por el asegurador, sobre el saldo a favor de la Caja Compensadora, se aplicarán los intereses punitorios que determine periódicamente esta SSN conforme lo establecido en la Resolución N° 29.054 del 13 de diciembre de 2002, sin perjuicio de las sanciones que pudieren corresponder en los términos de la Ley N° 20.091. A los efectos del cobro de los saldos a favor de la Caja Compensadora, la SSN extenderá una boleta de deuda que, junto con las declaraciones juradas trimestrales efectuadas por las entidades y debidamente intervenidas, configurarán el instrumento público ejecutable para iniciar las acciones ante el Juez Nacional de Primera Instancia en lo Civil y Comercial Federal de la Capital Federal.

Artículo 21°. PENALIDADES

Las entidades aseguradoras que no cumplimentaran con las disposiciones del presente reglamento y principalmente con los plazos fijados en los puntos 20.2.2. y 20.3.a), serán intimadas a regularizar la situación en el término de DIEZ (10), de no ser así se procederá a establecer la suspensión para operar en dicha cobertura.

Artículo 22°. COMPENSACIÓN DE SALDOS

Queda expresamente prohibido compensar saldos por otros conceptos que no sean los correspondientes a la operatoria del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.

Artículo 23°. UTILIDADES DEL SISTEMA. DISTRIBUCIÓN

Las utilidades del sistema serán determinadas y liquidadas por los semestres que cierran el 30 de junio y el 31 de diciembre de cada año, por la Caja Compensadora, procediéndose a su distribución conforme lo establecido en el Decreto N° 1912 del 21 de octubre de 1986. Las sumas que superen las previsiones necesarias para hacer frente a los déficits a que hace mención el segundo párrafo del Articulo 4° del Decreto N° 1567 del 20 de noviembre de 1974, modificado por el Decreto N° 1912 del 21 de octubre de 1986, se destinarán conforme lo establece el Decreto N° 577 del 30 de mayo de 1996.

Articulo 24°. GASTOS DE ADMINISTRACION DE LA CAJA COMPENSADORA

Del total de primas de cada semestre que cierra el 30 de junio y el 31 de diciembre de cada año, se deducirá un CINCO POR CIENTO (5%) en concepto de gastos de administración de la Superintendencia de Seguros de la Nación, conforme el artículo 4° del Decreto N° 1567/74.

Artículo 25°. SISTEMA DE CONTRALOR

La SSN supervisará la suscripción de coberturas mediante el 'Sistema de Contralor del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74', el que generará una 'Clave Única de Identificación de Contratos' (CUIC) por cada póliza contratada.

El Sistema de Contralor del SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO Decreto N° 1567/74 se ajustará a las siguientes pautas:

a) Acceso al sistema: La operatividad se realizará vía INTERNET.

b) Seguridad: Contará con niveles de seguridad para accesos y procesamientos.

c) Validación de pólizas: El sistema generará la 'CLAVE UNICA DE IDENTIFICACION DE CONTRATOS (CUIC) ', y determinará la fecha de emisión.

d) Exteriorización de la CUIC: La póliza del SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO que se entregará al tomador-empleador exhibirá la CUIC.

e) Estado de póliza: El sistema receptará las novedades de suspensión, rehabilitación y rescisión del contrato.

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

f) Aplicación del sistema: El sistema es de aplicación para las pólizas que se emitan o renueven a partir del 1° de enero de 2007.

g) Captura de Códigos Únicos de Identificación Laboral (CUlL): En una etapa de desarrollo posterior, se obtendrán automáticamente los CUlL asociados a cada tomador-empleador desde la base de datos de la ADMINSTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS.

CAPÍTULO III

DE LA CONTABILIZACIÓN

Artículo 26°. INDEPENDENCIA CONTABLE

as operaciones contables correspondientes a esta cobertura de seguro, se registrarán en forma separada atento que constituyen un fondo de primas administrado por la SSN y para facilitar el control por parte de la misma. El sistema de contabilización del 'Seguro Colectivo de Vida Obligatorio', se regirá por las normas del presente capítulo.

Artículo 27°. LIBROS

Deberán llevarse los siguientes libros:

a) Registro de Emisión: En el mismo se anotarán por orden cronológico las pólizas emitidas y contendrá como mínimo, los siguientes datos: N° de póliza; fecha de emisión; nombre de la empresa tomadora; número inicial de asegurados; y cualquier otro detalle que la compañía considere de interés;

b) Registro de Anulaciones: En este registro se anotarán, también en forma cronológica, las anulaciones que se produzcan. En el mismo deberán figurar obligatoriamente, el número de póliza; fecha de anulación; nombre de la empresa tomadora y cualquier otro detalle que se considere de interés;

c) Registro de Siniestros Denunciados: Se registrarán cronológicamente todas las denuncias de siniestros recibidas, dejándose constancia de: N° de siniestro; fecha de siniestro; fecha de denuncia; número de la póliza; nombre de la empresa tomadora y su CUIT; nombre del asegurado y su CUIL y nombre del beneficiario y su DNI o DU;

d) Registro de Pólizas Cobradas: Se asentarán diariamente los cobros de pólizas de este seguro dejándose constancia el origen de las mismas (por transferencias de AFIP o por forma directa), del número de la póliza; nombre de la empresa tomadora y su CUIT, del importe cobrado y de la fecha real de cobro;

e) Registro de Siniestros Pagados: Se anotarán en forma cronológica los pagos que se efectúen a los beneficiarios de este seguro, dejándose constancia, además de la fecha de pago, del número de siniestro; número de póliza; importe abonado, nombre del trabajador fallecido con su CUIL y nombre del beneficiario/s con su/s DNI o DU.

Los registros señalados en los apartados d) y e) formarán parte integrante de los libros principales de la empresa y deberán ser llevados con todas las formalidades legales.

Artículo 28°. CONTABILIZACIÓN

A los efectos de la contabilización las operaciones relacionadas con este seguro se regirán por el sistema denominado de 'Caja' es decir que sólo se contabilizarán los importes percibidos o los pagos realmente efectuados.

Se utilizará, con tal propósito, una cuenta denominada CAJA COMPENSADORA SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO, que será de carácter patrimonial, bajo las codificaciones 1.03.04.01.08.17.00.00 y 2.01.06.06.06.16.00 y se desdoblarán en las siguientes subcuentas:

- Primas Cobradas;

- Derecho de Emisión;

- Siniestros Pagados;

- Recupero de Gastos de Administración (Artículo 10);

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

- Liquidación de Saldos;

Se acreditará con débito a 'Banco.....' por las primas cobradas y por los importes recibidos

cuando asi correspondiere, de la Caja Compensadora.

Se debitará con crédito a 'Banco.....' por los siniestros abonados y por los pagos efectuados a la

Caja Compensadora en concepto de excedentes. También se debitará con crédito a Recupero de Gastos de Administración (Articulo 10) por el VEINTIDOS CON SETENTA POR CIENTO (22,70%) previsto para gastos de este tipo de seguro.

Los gastos de administración que demande este seguro, se debitarán de la cuenta 'Gastos de Explotación' Sección Vida.

Articulo 29°. BALANCE ANALÍTICO

Si al cierre del Ejercicio la cuenta 'CAJA COMPENSADORA SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO' arrojara saldo acreedor deberá exponerse en el pasivo en 'Otras Deudas', por el importe a ingresar a la Caja Compensadora. Si es deudor deberá exponerse en 'Otros Créditos' por el saldo a percibir de la Caja Compensadora.

CAPÍTULO IV

DISPOSICIONES FINALES

Articulo 30°. HABILITACIÓN DEL SISTEMA

30.1. Para operar en el sistema que se implementa en el presente reglamento, las entidades deberán estar habilitadas por la SSN.

A tal efecto, cada entidad aseguradora deberá enviar una nota, con la firma y sello de un responsable de la misma, informando lo siguiente:

a) Nombre completo de la entidad;

b) Número de inscripción en el 'Registro de Entidades de Seguros' que lleva la SSN;

c) Número de inscripción en el 'Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio -Decreto N° 1567/74' que lleva la SSN;

d) Nombre/s completo/s de la/s persona/s designada/s por la entidad como Usuario/s Administrador/es del sistema, su/s cargo/s y dirección/es electrónica/s;

e) Nombre completo de un directivo de la entidad, su cargo y dirección electrónica;

f) Poseer cumplimentado el procedimiento citado en el Punto 20.3. b del presente, debiendo mantenerlo permanentemente actualizado.

30.2. Usuario/s Administrador/es

Se definen como tal a aquella/s persona/s que, designada/s por la entidad aseguradora, será/n la/s encargada/s de administrar el o los sistema/s en la entidad y que, a su vez, podrá generar otros usuarios para operar en el/los mismo/s.

La aseguradora deberá designar un usuario para el Sistema de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio y otro usuario para el Sistema de Contralar del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, o bien recaer la designación en una sola persona para ambos sistemas.

30.3. Una vez recepcionada la información mencionada, la SSN generará y enviará a la entidad el/los Password Único para el/los Usuario/s Administrador/es designado/s. De esta manera, la entidad queda habilitada para operar en el sistema de la Caja Compensadora del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74 que se establece en el presente reglamento.

30.4. Si la aseguradora designa un solo usuario administrador, y el mismo ya cuenta con Password Único, no deberá volver a cumplimentar el punto 30.1. En caso de designar un usuario por cada sistema, o de haberse producido modificaciones al actualmente designado, deberá cumplimentar la información requerida en el punto 30.1. a fin de asignar el o los Password

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

correspondientes, indicando para cuál de los sistemas es el usuario que designa.

Anexo i)

INFORMACIÓN A INCLUIR EN EL AFICHE ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 7°

Objeto del Seguro y quienes están excluidos

El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 1567f74 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 Seguridad Social, encontrándose excluidos los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600 Y los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Prestación

La prestación establecida por el Decreto N° 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo. Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a una sola prestación del seguro. La contratación del seguro queda a cargo y es obligación del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

Contratación del Seguro - Responsabilidad del Empleador

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

Designación de beneficiarios

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios, para lo cual deberá cumplimentar por triplicado el formulario que le entregará el empleador. El Original y el Duplicado quedarán en poder del Tomador quien lo presentará a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el Tomador al empleado asegurado.

Documentación a presentar para el cobro del beneficio

- Partida de defunción del trabajador asegurado.

- Constancia de Clave Única de Identificación Laboral (CUIL) del trabajador.

- Copia de la nómina de empleados del tomador del seguro correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.

- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes

- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.

- Formulario de Designación de Beneficiarios.

- En caso de no existir designación de beneficiarios o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, deberá presentar copia autenticada de la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Articulas 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición y que se establece en el Artículo 15 del reglamento.

Plazo para el cobro del beneficio

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

Falta de reclamo de los beneficiarios

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

Derecho a modificar los beneficiarios

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/03/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 16 de Abril de 2024

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/04/2025 |

## CLAUSULAS APLICABLES

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

IF-2017-14097254-APN-GA#SSN

GALENO VIDA

# COMPROBANTE

| SECCIÓN | PÓLIZA Nº | ENDOSO Nº | VIGENCIA |
|---|---|---|---|
| VIDA OBLIGATORIO | 107282 | 0 | Desde las 00 Hs. del 01/04/2024<br>Hasta las 00 Hs. del 01/05/2024 |

**Datos del Asegurado**

Nombre y Apellido / Razón Social : HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio : DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS
Provincia : MENDOZA
CUIT : 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

## FACTURA

Código de pago Banelco: 1700107282000000003

Condición de IVA de la Operación: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

MOTIVO: RENOVACION

CAPITAL FEDERAL, 16/04/2024

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PRIMA | : $ | 1.934,79 | | | |
| RAD+DEM | : $ | 0,00 | | | |
| REC.FIN | : $ | 0,00 | | | |
| IVA TASA | : | 0,00 | RG 3337 : $ | 0,00 | IVA RFI : 0,00 |
| IMP+SELL | : $ | 0,00 | | | |
| PERC.IB | : $ | 0,00 | | | |
| PREMIO | : $ | 1.946,79 | | | |

| CUOTA | FEC.VENCTO. | IMPORTE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| 1 | 15/05/2024 | 1.946,79 | . . . . . |

Comprobante exento del cumplimiento de las formalidades del régimen de facturación y registración (Resolución General AFIP Nº 1415/03 - Anexo I)

ORG. : 66473 - CITON, JUAN JOSE
PROD. : 31800 - GOMEZ ARIEL GUSTAVO
PLAN : OBLIG - VIDA OBLIGATORIO

RIESGO : VIDA OBLIGATORIO COMUN

Contrariamente a lo indicado, el inicio de vigencia de la póliza, queda sujeto a las condiciones de la Resolución N° 21.600 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Importante: En la fecha de vencimiento para el pago arriba indicado se deberá abonar el total del premio o la cuota inicial del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalla en esta factura y/o "Cláusula de Cobranza del Premio". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos.

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

**N° de Certificado** 0 - 9752435

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 07/03/2025

CUIP: 08782030040000000000000000000107282000000000009923224697619 1-10000063257100000985970000001

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio: DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS Provincia: MENDOZA
CUIT: 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 17 107282
**Vigencia:** desde 01/04/2024
hasta 01/04/2025

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE | $ | 858.000,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| ARCE ADRIAN ANDRES | CUIL 20298950473 | 20298950473 | 01/04/2024 - 01/04/2025 |

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 175,89 | 0,00 | 0,00 | 175,89 | 0,00 | 175,89 |

| | | | | | | | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 175,89 |

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación 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.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

**N° de Certificado** 0 - 9752436

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 07/03/2025

CUIP: 0878203004000000000000000000010728200000000000099232246976191-10000063257100000985970000001

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio: DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS Provincia: MENDOZA
CUIT: 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 17 107282
**Vigencia:** desde 01/04/2024
hasta 01/04/2025

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE | $ | 858.000,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| CUELLO ALEJANDRO DANIEL | CUIL 20300128557 | 20300128557 | 01/04/2024 - 01/04/2025 |

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 175,89 | 0,00 | 0,00 | 175,89 | 0,00 | 175,89 |

| | | | | | | | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 175,89 |

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación 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.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

**N° de Certificado** 0 - 9752437

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 07/03/2025

CUIP: 0878203004000000000000000000010728200000000000099232246976191-10000063257100000985970000001

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio: DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS Provincia: MENDOZA
CUIT: 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 17 107282
**Vigencia:** desde 01/04/2024
hasta 01/04/2025

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE | $ | 858.000,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| LOTO SERGIO DANTE | CUIL 20307136652 | 20307136652 | 01/04/2024 - 01/04/2025 |

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 175,89 | 0,00 | 0,00 | 175,89 | 0,00 | 175,89 |

| | | | | | | | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 175,89 |

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación 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.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

**N° de Certificado** 0 - 9752440

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 07/03/2025

CUIP: 0878203004000000000000000000010728200000000000099232246976191-10000063257100000985970000001

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio: DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS Provincia: MENDOZA
CUIT: 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 17 107282
**Vigencia:** desde 01/04/2024
hasta 01/04/2025

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE | $ | 858.000,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| PE¿ALOZA ALEX RAMON | CUIL 20356276478 | 20356276478 | 01/04/2024 - 01/04/2025 |

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 175,89 | 0,00 | 0,00 | 175,89 | 0,00 | 175,89 |

| | | | | | | | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 175,89 |

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación 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.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

**N° de Certificado** 0 - 9752441

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 07/03/2025

CUIP: 0878203004000000000000000000010728200000000000099232246976191-10000063257100000985970000001

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio: DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS Provincia: MENDOZA
CUIT: 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 17 107282
**Vigencia:** desde 01/04/2024
hasta 01/04/2025

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE | $ | 858.000,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| MANCILLA HECTOR MAXIMILIANO | CUIL 20376232604 | 20376232604 | 01/04/2024 - 01/04/2025 |

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 175,89 | 0,00 | 0,00 | 175,89 | 0,00 | 175,89 |

| | | | | | | | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 175,89 |

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación 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.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

**N° de Certificado** 0 - 9752443

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 07/03/2025

CUIP: 08782030040000000000000000000107282000000000009923224697619 1-10000063257100000985970000001

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio: DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS Provincia: MENDOZA
CUIT: 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 17 107282
**Vigencia:** desde 01/04/2024
hasta 01/04/2025

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE | $ | 858.000,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| PRIETO FRANCISCO MIGUEL ANTONIO | CUIL 27356282596 | 27356282596 | 01/04/2024 - 01/04/2025 |

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 175,89 | 0,00 | 0,00 | 175,89 | 0,00 | 175,89 |

| | | | | | | | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 175,89 |

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación 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.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

**N° de Certificado** 0 - 9752444

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 07/03/2025

CUIP: 0878203004000000000000000000010728200000000000099232246976191-10000063257100000985970000001

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio: DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS Provincia: MENDOZA
CUIT: 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 17 107282
**Vigencia:** desde 01/04/2024
hasta 01/04/2025

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE | $ | 858.000,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| PASIECZNIK IVAN HORACIO | CUIL 20248597888 | 20248597888 | 01/05/2024 - 01/04/2025 |

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 175,89 | 0,00 | 0,00 | 175,89 | 0,00 | 175,89 |

| | | | | | | | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 175,89 |

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación 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.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

**N° de Certificado** 0 - 9752445

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 07/03/2025

CUIP: 0878203004000000000000000000010728200000000000099232246976191-10000063257100000985970000001

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio: DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS Provincia: MENDOZA
CUIT: 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 17 107282
**Vigencia:** desde 01/04/2024
hasta 01/04/2025

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE | $ | 858.000,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| OTTAVIANI DANIELA AGUSTINA | CUIL 27403710879 | 27403710879 | 01/05/2024 - 01/04/2025 |

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 175,89 | 0,00 | 0,00 | 175,89 | 0,00 | 175,89 |

| | | | | | | | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 175,89 |

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación 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.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

**N° de Certificado** 0 - 9752446

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 07/03/2025

CUIP: 0878203004000000000000000000010728200000000000099232246976191-10000063257100000985970000001

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio: DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS Provincia: MENDOZA
CUIT: 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 17 107282
**Vigencia:** desde 01/04/2024
hasta 01/04/2025

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE | $ | 858.000,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| GUTIERREZ PEDRO | CUIL 20216885776 | 20216885776 | 01/07/2024 - 01/04/2025 |

| MONEDA | PRIMA PURA | GASTOS ADQUISICIÓN | GASTOS EXPLOTACIÓN | PRIMA | REC. FINANCIERO | SUB TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ | 175,89 | 0,00 | 0,00 | 175,89 | 0,00 | 175,89 |

| | | | | | | | PREMIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 175,89 |

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).

Las condiciones presentes y futuras del seguro quedan sujetas a la normas que dicte la Superintendencia de Seguros de la Nación conforme a las disposiciones de Decreto Nro. 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional.
Comunicación 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.
Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

# SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

## CERTIFICADO DE ALTA TEMPRANA

**N° de Certificado** 0 - 9752457

Lugar y Fecha: CAPITAL FEDERAL, 07/03/2025

CUIP: 08782030040000000000000000000107282000000000009923224697619 1-10000063257100000985970000001

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellido/R.Social: HACHE, EDUARDO GABRIEL
Domicilio: DEL INMIGRANTE 1048
Localidad: EUGENIO BUSTOS Provincia: MENDOZA
CUIT: 23224697619
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

**Póliza:** 17 107282
**Vigencia:** desde 01/04/2024
hasta 01/04/2025

**COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS**

| | | |
|---|---|---|
| MUERTE | $ | 858.000,00 |

**Datos del Asegurado**

| Apellido y Nombre | Documento | CUIT/CUIL | Fecha de Vigencia |
|---|---|---|---|
| MARTINEZ MARTIN MAURICIO | DNI 28926714 | | 07/03/2025 - 01/04/2025 |

El presente certificado carece de validez si el personal informado en el mismo no se encuentra declarado en la última nómina presentada en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social), o no posee Alta Temprana.

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

El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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