ALLIANZ ARGENTINA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74

CONTRATANTE: TRANSPORTES SAGITARIO S.R.L

DOMICILIO: ARAOZ 2230 2 A
CODIGO POSTAL: 1425 LOCALIDAD: CAPITAL FEDERAL
PROVINCIA:

POLIZA N°
240180041428

ENDOSO N°
0

PRODUCTOR ASESOR: TROVATO, MARCOS LUIS MATRICULA: 71066

VIGENCIA: Desde las doce horas del: 01/08/2024 Hasta las doce horas del: 01/08/2025
MONEDA DEL CONTRATO: PESOS VENCIMIENTO DEL PLAZO PARA PAGO:

PRIMA	REC. ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER. EMISION	IMPUESTOS/TASAS	SELLOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

PRIMA DE RIESGO	GTOS. EXPLOTACION	CUIT	GTOS. ADQUISICION	PREMIO
0,00	0,00	30697565449	0,00	0,00

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74
-
CLAUSULA PARTICULAR QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE POLIZA, ANEXO 2801-

RESOLUCIONES NRO. 40629 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION APRUEBA EL REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74.

DEFINICIONES DEL SEGURO INCLUIDAS EN LOS ARTICULOS 5, 10, 11 Y 13 DE LA RESOLUCION 40629.
-PRIMA
LA PRIMA SE FIJA EN $ 0,205 (PESOS DOSCIENTOS CINCO MILESIMOS) MENSUALES POR CADA $ 1.000 (PESOS MIL).-
-SUMA ASEGURADA
LA SUMA ASEGURADA SERA EQUIVALENTE A LA DE 5,5 SALARIOS MINIMOS VITALES Y MOVILES (SMVM). DICHA SUMA SE AJUSTARA ANUALMENTE CONFORME AL ULTIMO SMVM PUBLICADO AL MES DE DICIEMBRE DE CADA AÑO. LA SUMA ASEGURADA QUE RESULTE DE LA ACTUALIZACION ANUAL ENTRARA EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1 DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE.
-DERECHO DE EMISION
EL DERECHO DE EMISION ES ANUAL, PODRA PERCIBIRLO EL ASEGURADOR CUANDO SE EMITA O RENUEVE UNA POLIZA, DE ACUERDO A LA SIGUIENTE ESCALA:
HASTA 25 ASEGURADOS $ 12.-
ENTRE 26 Y 50 ASEGURADOS $ 17.-
MAS DE 50 ASEGURADOS $ 25.-
EL TOMADOR-EMPLEADOR, CUANDO CORRESPONDA, DECLARARA Y ABONARA EL DERECHO DE EMISION A TRAVES DEL APLICATIVO DEL SICOSS
-PAGO DEL PREMIO
EL PREMIO CORRESPONDIENTE A LA PRESENTE COBERTURA

Buenos Aires, 23 de julio de 2024

Amilcar Racigh
Director Técnico
Allianz Argentina Cia de Seguros S.A.
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

SECCION: SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74

ASEGURADO: **TRANSPORTES SAGITARIO S.R.L**

SERA 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 FUNCION DE LA NOMINA DEL MES QUE DECLARA TOMANDO EN CONSIDERACION EL VALOR DEL PREMIO VIGENTE, A PARTIR DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 Y LO DETERMINADO EN EL ARTICULO 6 DE LA RESOLUCION SSN N35333 DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 2010 Y SUS MODIFICATORIAS.
LO DISPUESTO EN EL PARRAFO ANTERIOR TAMBIEN SERA DE APLICACION RESPECTO DE LOS EMPLEADORES NO OBLIGADOS CON SUSS, CON EXCEPCION DE AQUELLAS POLIZAS QUE AMPAREN A LOS TRABAJADORES DOMESTICOS ENCUADRADOS EN EL ARTICULO 1 DE LA LEY N26.844, LAS QUE SERAN ABONADAS DIRECTAMENTE A LAS ASEGURADORAS. A TAL EFECTO LA AFIP QUEDA FACULTADA PARA DICTAR LAS NORMAS
OPERATIVAS QUE RESULTEN NECESARIAS.
LA AFIP ESTABLECERA LOS MECANISMOS PARA LA DISTRIBUCION DE LOS FONDOS A LAS RESPECTIVAS ASEGURADORAS.
EN EL CASO DE FALLECIMIENTO DE UN TRABAJADOR NO INCLUIDO EN LA NOMINA DE PERSONAL DEL TOMADOR SE ACTUARA CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 18 DEL PRESENTE REGLAMENTO. SI EL EMPLEADOR DETERMINARA E INGRESARA EL MONTO DEL PREMIO, SIN HABER CONTRATADO UNA POLIZA CON UNA
ASEGURADORA O LA RELACION ASEGURADORA-CUIT SEA ERRONEA O ESTE FUERA DE VIGENCIA, NO IMPLICARA COBERTURA AUTOMATICA EN DICHO SEGURO.
-SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO RESCISION
EL PAGO DEL PREMIO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO POR PARTE DEL TOMADOR-EMPLEADOR DEBERA 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 CONTARA CON UN PLAZO DE TREINTA (30) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE VENCIMIENTO PARA HACER
EFECTIVO EL PAGO. TRANSCURRIDO DICHO PLAZO SIN QUE SE HUBIERA EFECTUADO EL PAGO DEL PREMIO OPERARA LA MORA EN FORMA AUTOMATICA Y CON ELLO LA SUSPENSION DE LA COBERTURA SIN NECESIDAD DE AVISO O INTIMACION ALGUNA.
LA COBERTURA SE REANUDARA A PARTIR DE LA HORA CERO (O) DEL DIA SIGUIENTE AL INGRESO DE LA PRIMA.
LA COBERTURA SOLO PODRA SER REHABILITADA DENTRO DE LOS SESENTA (60) DIAS DESDE LA FECHA DE SU SUSPENSION. EL VENCIMIENTO DE ESTE PLAZO PROVOCARA LA RESCISION AUTOMATICA DEL CONTRATO.
LA SUSPENSION DEL SEGURO,0 SU RESCISION POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO, HARA DIRECTAMENTE RESPONSABLE AL EMPLEADOR POR EL PAGO DEL BENEFICIO.
LOS PAGOS EFECTUADOS POR LOS TOMADORES-EMPLEADORES UNA VEZ VENCIDO EL PLAZO DE SUSPENSION Y ESTANDO LA PÓLIZA RESCINDIDA, NO DARA DERECHO A REHABILITAR LA MISMA.

FACTURACIÓN DESDE 01/08/2024 HASTA 01/08/2025

	Cantidad de vidas	Capital asegurado total
Anterior	**8**	**6.864.000,00**
Altas	**0**	**0,00**
Bajas	**0**	**0,00**
Aumentos	**8**	**0,00**
Disminución	**0**	**0,00**
Actual	**8**	**6.864.000,00**

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO 1567/74 INFORMACIÓN PARA EL ASEGURADO

Objeto del Seguro y quienes están excluidos
El seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nro. 1567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Unico 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 Nro. 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 tendrán asegurada una prestación. La contratación del seguro queda a cargo del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador. En caso que otros empleadores contraten el seguro para el mismo trabajador, éste tendrá derecho a tantas prestaciones como contratos de seguros existan a su favor.

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

Documentación a presentar para el cobro del beneficio
- Partida de Defunción del trabajador asegurado.
- Constancia de Clave 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 ultimo recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
- Formulario de Designación de Beneficiarios.
- En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, deberá presentar copia autenticada del 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 Nº 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 15 (quince) días corridos para efectuar el pago.

Falta de reclamo de los beneficiarios
Si los beneficiarios o herederos no efectúan el reclamo del beneficio o ante la falta de prestación 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
El asegurado tiene derecho a designar 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 tramite de cobro de beneficio. Asimismo, el asegurado tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito sin ninguna otra formalidad.

ALLIANZ Argentina Compañía de Seguros S. A.
Av Corrientes 299 (CP 1043) Ciudad Autónoma de Bs. As. –
Telefono: 4320-3800.

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067)Ciudad Autónoma de Bs. As. o a los teléfonos: 4343-9090, 4331-0188 o 4331-7456. http://www.ssn.gov.ar.-

ALLIANZ ARGENTINA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
NÓMINA DE PERSONAS ASEGURADAS
VIDA OBLIGATORIO

POLIZA: 240180041428
HOJA: 1

NOMBRE Y APELLIDO	CERT	F.NAC.	C	F.INGR.	CAPITAL	F.ALTA
CHEBEL EZEQUIEL ELIAS	3	12/11/1991		N	858.000,00	01/08/2024
SCHAMNE SERGIO ALEJANDRO	6	02/01/1973		N	858.000,00	01/08/2024
SCHAMNE BRAIAN JORGE	7	23/04/1993		N	858.000,00	01/08/2024
SANTIDRIAN LUIS A. RAUL	8	05/06/1964		N	858.000,00	01/08/2024
NUÑEZ CRISTIAN A. DOMINGO	9	27/08/1971		N	858.000,00	01/08/2024
LAZARTE JUAN HORACIO	10	26/06/1971		N	858.000,00	01/08/2024
SCHAME JORGE	11	07/12/1966		N	858.000,00	01/08/2024
SERDINKOFF ALEJANDRO	12	10/10/1982		N	858.000,00	01/08/2024