Constancia de Cobertura
Seguro Vida Obligatorio

DATOS PERSONALES DEL CONTRATANTE			
Nombre y Apellido: MAGIANA S. A			CUIT: 33707881289
Fecha de Nacimiento:	Sexo: F ☐ M ☐	Nacionalidad-	Estado Civil:
Domicilio: MALABIA	Nro.: 2402	Piso:	Depto.:
Localidad: CABA.	C.P.: 1425	Provincia:	Teléfono

DATOS DEL SEGURO

NÚMERO DE PÓLIZA: 2800000012401

SECCIÓN Y RAMO: Vida Obligatorio

RIESGOS Y SUMAS ASEGURADAS	COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS	FRANQUICIA
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	**$ 1.632.576.-**		
ESTADO DE LA PÓLIZA			
VIGENCIA DE LA COBERTURA	**DESDE LAS 12HS DEL** 01/09/2025	**HASTA LAS 12HS DEL** 01/09/2026	

NÓMINA DE ASEGURADOS

27-36712262-0	ABRAHAM, NOELIA NATALIA
20-17084003-9	ABRAHAM, RICARDO MIGUEL
20-24538257-0	ABRIGO, ALEJANDRO DANIEL
20-20163624-9	ACOSTA, ROBERTO ANGELINO
20-20614511-1	ACOSTA, SERGIO ANTONIO
20-42137047-9	ACUÑA, ALAN HERNAN
23-23749985-9	ACUÑA, ALEJANDRO AGUSTIN
20-21382745-7	AGUERO, RAUL OSVALDO
20-34732151-7	AGUIAR, MATIAS ALBERTO
27-18505216-3	AGUILAR, FABIANA ESTELA
23-26186514-9	AGUIRRE, GABRIEL ANGEL
20-28268102-2	AGUIRRE, MAURO SEBASTIAN
20-29324928-9	AGUIRRE, WALTER DANIEL
23-46845123-9	ALBARRACIN, AXEL ALEXANDER
20-26297903-3	ALCAIDE, JUAN ALBERTO
27-26087427-1	ALCANTARO, CECILIA VALERIA
20-40150783-4	ALEGRE, JUAN MANUEL
20-42751033-7	ALTAMIRANO, ENZO NICOLAS
20-42784117-1	ALTAMIRANO, RODRIGO LUCIANO
20-24193796-9	ALVAREZ, HUGO RICARDO
20-40347131-4	AMAYA, ANIBAL JULIAN
20-39975647-3	AMAYA, LUCAS SAMUEL
23-16945916-9	AMAYA, RAUL ROLANDO
27-26231898-8	ANDRADE, IRMA DANIELA
20-38469761-6	ARAGON, LUIS ALEJANDRO
27-26156825-5	ARAGON, MONICA MABEL
20-39507880-2	ARANDA, NAHUEL EMILIO EZEQUIEL
20-29690155-6	AREVALO, JOSE LUIS
27-31534772-1	ARIAS, LAURA YOLANDA

Constancia de Cobertura
Seguro Vida Obligatorio

20-42692016-7	ARRIETA, DENIS ALEXANDER
20-42964819-0	ARRIETA, RODRIGO MANUEL
20-21621158-9	ASTORGA, VICENTE ESTEBAN
20-92750912-2	AVALOS AVALOS, PEDRO RUBEN
20-34723409-6	AVELLANEDA, JONATAN ALEJANDRO
27-39170866-0	AVILA, CARLOS RUBEN
20-37671959-7	BAEZ, JORGE DANIEL
27-28402940-8	BAEZA, MARIA ESTER
20-28927668-9	BALDERRAMA, ALEJANDRO RAUL
27-24285086-1	BARBOZA, ALEJANDRA VERONICA
20-46193190-2	BARRERA, CRISTIAN ADRIAN
27-31768485-7	BARRERA, DEBORA EDITH
20-28879314-0	BARRIENTOS, JOSE FABIAN
20-45186739-4	BARRIONUEVO, LAUTARO LEONEL
23-30806104-3	BARROS, RAMIRO SEBASTIAN
27-26191211-8	BELLOS, MARIA SOLEDAD
20-37037965-4	BELOQUI, JONATAN EZEQUIEL
23-94260103-4	BENITEZ FRANCO, PATRICIA DE JESUS
27-25172317-1	BERGUÑAN, VIVIANA ALEJANDRA
27-38699735-2	BONAHORA, MARA CATALINA
27-14773940-6	BORDON, SANTA TERESA
20-29359792-9	BOSSIA, HECTOR ESTEBAN
27-12828261-6	BRAVO, GRACIELA DEL VALLE
20-31902563-5	BRAVO, MARCELO ALEJANDRO
27-36237454-0	BUSTAMANTE SUAREZ, VALERIA FERNANDA
27-26431293-6	CABALLERO, NOEMI BEATRIZ
23-39422502-9	CABRAL SOSA, MAXIMILIANO EDGARDO
20-96475215-0	CABRERA GARCIA, KARINA REBECA
27-28930044-4	CABRERA, CLAUDIA BETARIZ
20-31527749-4	CAMPILLAY, FRANCISCO FLORENCIO
20-44878126-8	CAMPO, ESTEBAN DAMIAN
20-43100674-0	CANTO, JAVIER FERNANDO
20-30600666-6	CARABAJAL, CRISTIAN LIONEL
23-29863312-4	CARBAJAL, ERICA ROSARIO
20-37609633-6	CARDOZO MEDINA, MARIO DAVID
27-29990451-8	CARDOZO, DORIS BETIANA
23-95906470-9	CARDOZO, WILVIS VALDIMIR
20-23923138-2	CARI, CLEMENTE
20-35043885-9	CARMONA, BRAIAN JONATAN
27-33784956-9	CARRANZA, ALICIA NATIVIDAD
27-23212975-7	CARRASCO, CRISTINA VIVIANA
27-27103534-4	CARRIZO, ANALIA BEATRIZ
27-27615212-8	CARRIZO, VERONICA ELIZABETH
20-37719387-4	CASA, LUCIANO ANTONIO

Constancia de Cobertura
Seguro Vida Obligatorio

20-37125710-2	CASTRO, FRANCO DAVID
20-27969670-1	CAYEJA, ALBERTO JAVIER
20-27097344-3	CAZON, ARIEL EDUARDO
27-29470161-9	CEJAS, GRICELDA ISABEL
20-20126686-7	CHAILE, CEFERINO
20-43997263-8	CHAVEZ JIMENEZ, SANTIAGO
20-22202542-8	CHILIGUAY, NESTOR EDGARDO
27-18806761-7	CHOQUE MORENO, ARACELI MARLENE
20-46206261-4	CISNEROS, RAMIRO FABIAN
20-45744560-2	CISTERNA, FRANCO DAVID
27-27923814-7	COLMAN, LAURA MARIA
20-22043642-0	COLQUE, JUAN ALBERTO
20-36827394-6	CONDORI, FEDERICO SANTIAGO
20-35977323-5	CONTRERA, GASTON RODRIGO
20-42714390-3	CORIA ROSALES, RODRIGO ABEL
20-30671697-3	CORONEL, DIEGO DAVID
20-39592067-8	CORONEL, MARCOS NAHUEL
23-28278557-9	CORREA, NORBERTO GUSTAVO
27-35513430-5	CORREA, YAMILA BEATRIZ
27-28688700-2	CROCCO, CELIA ANGELICA
20-29201872-0	CRUZ, PABLO JESUS
27-24358129-5	CUBAS, AMALIA VERONICA
27-33193654-0	CUBILLA, MARIA EMILIA
23-33874616-4	CUETO, NORMA DAIANA
20-17796032-3	DE JESUS, MIGUEL ANGEL
20-26592136-2	DEIBE, ADRIANO HERNAN
27-28265444-5	DEIBE, ANALIA NATALIA
20-34033888-0	DERISO, MARCOS CESAR
20-45833192-9	DIAZ MURUA, MATEO
20-32667862-8	DIAZ, CRISTIAN ADRIAN
23-28113216-4	DIAZ, HILDA KARINA
27-23443356-9	DIAZ, MARIA LILIANA
20-27014017-4	DOMINGUEZ CORVERA, WALTER MAURICIO
20-44890741-5	DUARTE, BENJAMIN
27-26184509-7	DUARTE, NATALIA SUSANA
20-42777543-8	DUETE, AXEL NAHUEL
20-22307828-2	DURAN, HECTOR DANIEL
23-13841902-9	DURAN, JOSE LUIS
24-31084071-4	ESCOBAR, CINTHIA LORENA
20-40070991-3	ESCOBAR, EDUARDO AGUSTIN
20-20533549-9	ESPINOLA, JORGE GABRIEL
27-17131427-0	FABIAN, NORMA ALEJANDRINA
20-38677967-9	FAJARDO, CARLOS ADRIAN
20-44167353-2	FALCON, LAUTARO JAVIER

Constancia de Cobertura
Seguro Vida Obligatorio

27-32718465-8	FARIAS, ANGELA VANESSA
20-28429506-5	FARIAS, JULIO CESAR
27-95326174-5	FERNANDEZ FLORES, MERCY LENIA
20-40081191-2	FERNANDEZ, ALEJANDRO MANUEL
20-26495732-0	FERNANDEZ, DAVID DIEGO ARGENTINO
20-34929003-1	FERNANDEZ, IVAN NOBERTO
27-24064011-8	FERNANDEZ, VILMA MIRIAM
20-16133294-2	FERREIRA, JUAN ANGEL
20-41427652-1	FIGUEROA, FACUNDO ARIEL
20-27634053-1	FLORES, DAVID GABRIEL
27-29537989-3	FLORES, MARIA MELISA
20-34760343-1	FLORES, MARIO JAVIER ESTEBAN
27-13889572-1	FLORES, MARTHA BEATRIZ
20-34559288-2	FLORES, MIGUEL ALEJANDRO
23-37636926-9	FLORES, RODRIGO ALEJANDRO
20-43813559-7	FLORES, RODRIGO EZEQUIEL
20-33093816-2	FREDES, MATIAS ESTEBAN
20-37916882-6	FRIAS, EZEQUIEL
23-30396105-4	GAETAN, CINTIA NADIA
27-30795796-0	GALVAN, NELIDA ROSA
20-95264094-2	GALVIZ CRUZ, WILSON
20-42678862-5	GARCIA, ALEXIS SEBASTIAN
20-38008523-3	GARCIA, JOSE MANUEL
20-39744324-9	GARCIA, SANTIAGO DAMIAN
23-43096750-9	GAUNA, ALEXIS LEONEL
27-32484365-0	GAUNA, MARIA LAURA
20-31984544-6	GEREZ, DAMIAN EZEQUIEL
20-16211359-4	GIMENES, GERMAN WALTER
27-24232380-2	GODOY, MARISA LILIANA
20-45996426-7	GOGLIORMELLA, THIAGO LEANDRO
23-30305074-4	GOMEZ, CLAUDIA BELEN
20-43890195-8	GOMEZ, MARCO ENRIQUE
27-32378700-5	GOMEZ, PAMELA LUCRECIA
27-28273890-8	GONCEBAT, VANESA SOLEDAD
27-27052386-8	GONZALEZ, IVANA GABRIELA
23-24757535-9	GONZALEZ, JUAN MARCELO
27-32478499-9	GONZALEZ, LAILA ROMINA
20-31595070-9	GONZALEZ, LUCIO MAXIMILIANO
20-24099448-9	GONZALEZ, MARCELO DAVID
20-18445066-7	GONZALEZ, MAURICIO HERNAN
20-46205874-9	GONZALEZ, NAHUEL FEDERICO
20-34465937-1	GONZALEZ, NICOLAS MATIAS
27-30511667-5	GONZALEZ, VANESA DEL LUJAN
20-42783854-5	GUANCHICAY, MICHAEL IONEL

Constancia de Cobertura
Seguro Vida Obligatorio

20-42488567-4	GUAYMAS, SILVESTRE ALEJANDRO
23-47529915-9	GUDIÑO, DIEGO EXEQUIEL
20-45011897-5	GUERAZAR, MAXIMILIANO ALEXANDRO
20-25880454-7	GUERRERO, DANIEL ORLANDO
20-27553926-1	GUTIERREZ, JUAN CARLOS
20-47352381-8	HERRERA, GUILLERMO JEREMIAS
20-26118880-6	HERRERA, PABLO ARIEL
27-22465150-9	HERRERA, VIRGINIA ROSA
20-37738151-4	HUERTA, SANTIAGO ARIEL
20-38686719-5	IBARRA, NICOLAS ELIAS
27-18420008-8	JAIMES, VIVIANA MABEL
27-32662999-0	JOFRE, IRMA CELESTE ITATI
20-27847557-4	JUAREZ, JOSE ANTONIO
20-23464665-7	KRUGER, ARIEL EDGARDO
20-41924593-4	LASTRA, EMANUEL ALEJANDRO
20-39487512-1	LAVECCHIA, YONATHAN HORACIO
27-35639935-3	LAVILLA, AYELEN MARINA
20-14253419-4	LAZARA, FERNANDO RICARDO
20-23013802-9	LAZARTE, MAURICIO CESAR
27-27765525-5	LEAL, ROXANA ALEJANDRA
27-13853508-3	LEAL, SOFIA GRACIELA
23-36780053-4	LEDESMA, CAROLINA GISEL
27-24669664-6	LEGUIZAMON, ANGELA LORENA
20-42825565-9	LEIVA, FRANCISCO WALTER AGUSTIN
27-28064751-4	LEIVA, VERONICA LETICIA
20-39507847-0	LENCINA, FRANCO JONATAN ADRIAN
20-40080575-0	LESCANO, LUCAS NAHUEL
20-23692082-9	LEYES, DANIEL GUSTAVO
20-40580853-7	LEZCANO, GERARDO EMANUEL
27-24992508-5	LIPEZ, MARIA FERNANDA
27-22548421-5	LISTA, KARINA VERONICA
20-24621996-7	LIZARRAGA, WALTER EDUARDO
20-41325126-6	LONATI, ERICK EZEQUIEL
27-28573187-4	LOPEZ, ANA MARIELA
20-38049388-9	LOPEZ, FERNANDO NAHUEL
23-29229602-9	LOPEZ, GERARDO ALBERTO
27-23523445-4	LOPEZ, MARIA LAURA
20-40547448-5	LOYOLA, EZEQUIEL AGUSTIN
20-32164325-7	LUCERO, EDUARDO JAVIER
27-27347563-5	LUJAN, VIVIANA ELIZABET
27-38501823-7	LUNA, YAMILA MICAELA
20-38513407-0	MACIEL, MATIAS MAXIMILIANO
27-26652251-2	MAGAZ, SILVINA NOEMI
20-26498819-6	MAIDANA, JAVIER ADRIAN

Constancia de Cobertura
Seguro Vida Obligatorio

27-23064343-7	MALDONADO, MARTA GRACIELA
20-17771867-0	MAMANI, ANTONIO RENE
27-23755001-9	MAMANI, SILVIA LUCIA
20-41087236-7	MANZANO CUELLO, FRANCO EMANUEL
20-29812439-5	MAQUIAVELO, GUSTAVO RAFAEL
27-28441289-9	MARIN, ANALIA FERNANDA
20-47063119-9	MARTINEZ SCHENFELD, JOAQUIN
20-37387461-3	MARTINEZ, CARLOS ESTEBAN
27-20752924-4	MARTINEZ, HILDA EVA
20-41767970-8	MASTANDREA, LUCAS IVAN
20-27960512-9	MEDINA, CLAUDIO MARTIN
27-42783536-2	MEDRANO, BRISA STEFANIA
27-96187132-3	MENDOZA BRICEÑO, MIRIAN JOSEFINA
20-29952082-0	MERELES, HUGO FERNANDO
23-93584173-9	MICHEL POSADA, JOSE LUIS
20-23833669-5	MIRANDA, ELEAZAR DARIO
20-34310265-9	MIRANDA, HECTOR EMANUEL
27-26285704-8	MIRANDA, LETICIA MABEL
20-45696337-5	MOLINA, FRANCO GABRIEL
20-47249899-2	MOLINA, MAXIMILIANO SERGIO OMAR
20-29427688-3	MONARDI, EMMANUEL EMILIANO
20-39689174-4	MONGES QUINTERO, SANTIAGO ERNESTO
24-23841563-9	MONJES, ANTONIO ESTEBAN
20-46984133-3	MONTAÑA CANO, ELIAS GABRIEL
27-26431351-7	MONTENEGRO, MARIA DEL CARMEN
20-33194971-0	MORALES, CARLOS ADRIAN
20-18139244-5	MORALES, CARLOS ALBERTO
20-35784175-6	MORALES, NAHUEL ALBERTO
20-30510960-7	MORALES, RICARDO RAUL
27-31623459-9	MORALES, VERONICA DANIELA
20-24848455-2	MOREIRA, FERNANDO JAVIER
20-31376548-3	MORENO, JUAN ENRIQUE
23-29429038-9	MORENO, NELSON GERARDO
20-12947394-1	MOREYRA, JULIO CESAR
27-25343967-5	MOYANO, MARIA DEL CARMEN
27-30083028-0	MUÑOZ, JESICA ALEJANDRA
20-41354477-8	NACIMIENTO, JONATHAN ISMAEL
20-39418023-9	NAVARRO, EMANUEL
27-18583001-8	NEIRA, MIRTA FILOMENA
27-27947354-5	NIEVA, NATALIA VERONICA
20-43614643-5	OBANDO MARQUEZ, LAUTARO
20-34260661-0	OCAMPO, PABLO SEBASTIAN
27-23552856-3	OCAMPOS, LILIANA ANDREA
27-30535196-8	OJEDA, MARISA

Constancia de Cobertura
Seguro Vida Obligatorio

27-28053961-4	OJEDA, SUSANA MARCELA
27-34447052-4	ORELLANO, VICTOR MARTIN
23-30565642-9	ORONA, ESTEBAN JESUS
20-34795807-8	ORTIZ, FRANCISCO JAVIER
20-42358117-5	ORTIZ, LEANDRO AGUSTIN
20-34455920-2	ORTIZ, LUCAS EZEQUIEL
27-22813764-8	ORTIZ, VERONICA LUJAN
20-29328486-6	OVEJERO, REINALDO ANDRES
27-25363105-3	OVIEDO, ANDREA BEATRIZ
20-44972018-1	OVIEDO, ARIEL AGUSTIN
20-22190439-8	OVIEDO, LUIS ROBERTO
27-24818065-5	PAILLALEF, MARIA ELENA
27-26494507-6	PALACIOS, ANALIA MABEL
20-25939935-2	PALACIOS, JUAN MAURICIO
20-24611248-8	PASTRANA, JULIO FABIAN
20-35982710-6	PATERNO, CRISTIAN EZEQUIEL
20-37642523-2	PAZ, ALBERTO ORLANDO
27-23321608-4	PAZ, NANCY OFELIA
20-40135925-8	PENAYO PAREDES, ALAN FERNANDO
20-22421344-2	PEÑA, JOSE MARIA
20-32012136-2	PERALTA, CARLOS IVAN
20-44694180-2	PERALTA, MIKAEL LEONEL
27-30343483-1	PEREA, ANDREA ELIZABETH
20-38206509-4	PEREA, DIEGO DAMIAN
20-35028705-2	PEREIRA, EDGARDO MANUEL
20-24093444-3	PEREYRA, CLAUDIO ARIEL
27-93856471-5	PEREZ OCHOA, FLOR VIRGINIA
20-26138834-1	PEREZ, ARIEL ALBERTO
27-45693378-0	PEREZ, MAXIMILIANO ESTEBAN
27-27916171-3	PODOBAILO, ALICIA NATALIA
20-32010843-9	PONZO, CRISTIAN OSVALDO
20-34321050-8	PORTAL, DANIEL BENJAMIN
20-35661941-3	PORTILLO LAMBRISCA, EZEQUIEL DE JESUS
20-37737814-9	PUCCIARELLI, FRANCO EMILIANO
27-16793486-8	QUIROGA, BIBIANA LUJAN
20-18567634-0	RAMIREZ, ALEJANDRO FABIAN
23-34265170-4	RAMIREZ, KARINA SOLEDAD
27-22344912-9	RAMOS, FELISA RAMONA
20-37964867-4	REDONDO, FRANCO NICOLAS
20-25092243-5	RIDI, JUAN MARCELO
20-22089661-8	ROBLEDO, DOMINGO RAMON
20-38317212-9	RODRIGUEZ, ELIAS FABIAN
20-37036456-8	RODRIGUEZ, EMANUEL LEONARDO
20-34738195-1	RODRIGUEZ, JUAN GUILLERMO

Constancia de Cobertura
Seguro Vida Obligatorio

20-32809860-2	RODRIGUEZ, MAXIMILIANO
27-29443608-7	RODRIGUEZ, MIRTA BEATRIZ
27-22684350-2	RODRIGUEZ, NOEMI GRACIELA
20-32288725-7	ROJAS, ALBERTO ARMANDO
20-37339670-3	ROJAS, BRIAN LEONEL
20-33628823-2	ROLDAN, LUIS GONZALO
20-39967878-2	ROLDAN, VICTOR ALEXIO
20-93761469-2	ROMAN, LAZO ROMULO
20-30414112-4	ROMERO, PABLO FERNANDO
20-34997694-4	RUIZ DIAZ, EMANUEL
27-42367820-3	RUIZ DIAZ, LUDMILA YANET
20-25155759-5	RUIZ, DIEGO ADRIAN
20-35133779-7	RUIZ, JOSE EDGARDO
20-45003839-4	RUIZ, PABLO ADRIAN
20-40103592-4	RUSSO DENIS, BRIAN NAHUEL
20-35666915-1	SAAVEDRA, ALDO GERMAN
20-17871565-9	SALINAS, CARLOS CEFERINO
20-25550437-2	SALINAS, GUILLERMO DARIO
20-46744574-0	SALVADOR, FACUNDO RODRIGO
27-38366044-6	SALVATIERRA, MARIA EUGENIA
27-34167380-7	SALVATIERRA, PAOLA VIRGINIA
20-17031601-1	SANCHEZ, HECTOR EDUARDO
20-28250389-2	SANCHEZ, JOSE ORLANDO
23-35422781-9	SANTILLAN, MIGUEL ALEJANDRO
20-36533484-7	SANTOS, GABRIEL ROBERTO
20-26132763-6	SCHAERER, ALFREDO RODOLFO
20-35387295-9	SCHIAPELLI, ALEJANDRO
20-25551932-9	SCHWINDT, HECTOR OSCAR
20-33030612-3	SERRANO, MARIO ANDRES
20-42175649-0	SILVA BENITEZ, ALEJANDRO RODRIGO
20-22235912-1	SIMONETTO, LEONEL REYNALDO
23-31511174-9	SOLARI, DAMIAN ALBERTO
27-24412737-7	SOLIS, CARINA BEATRIZ
27-24756863-3	SORIA, CAROLINA DEL MILAGRO
27-25165345-9	SORUCO, SILVIA MARGARITA
20-40286834-2	SOSA, ENZO LEONEL
20-33327591-1	SOSA, FRANCO BERNARDINO
27-32368292-0	SOSA, PAMELA SOLEDAD
20-29546692-9	SOSA, WALTER FABIAN
20-94030073-9	SOTOMAYOR LANDA, DANIEL WASHINGTON
20-32172766-3	SOTTO, MARCELO DANIEL
23-12605865-9	STURA, MARIO ANDRES
20-23027762-2	SUASNABAR, VICTOR HUGO
20-44340938-7	TAMULA, JULIO ROBERTO

Constancia de Cobertura
Seguro Vida Obligatorio

20-40154934-0	TAPIA, JESUS DANIEL ALEJANDRO
27-26783566-2	TAPIA, SANDRA GABRIELA
20-31735683-9	TASISTRO, VICTOR ARIEL
27-23856791-8	TAVELLA, ADRIANA PATRICIA
27-31649847-2	TELLO, ANGELA PAOLA
20-39363929-7	TOLEDO, NESTOR ESTEBAN
23-37511554-9	TORREZ BURGOS, ARMANDO MATIAS
20-48938939-9	URQUIZA, MICHAEL HECTOR
20-43724076-1	VALENTINO GONZALEZ, ARIEL NICOLAS
20-32822290-7	VALENZUELA, RICARDO EZEQUIEL
27-27490480-7	VAZQUEZ, MARIELA ESTHER
23-95101287-4	VELAZQUEZ PAREDEZ, NANCY CELESTINA
20-17633567-0	VELEZ, SERGIO ALFREDO
20-36947120-2	VERA, ALAN FRANCO
27-26625182-9	VERA, SANDRA VERONICA
20-33784687-5	VERDUN, ALBERTO MIGUEL
20-39622018-1	VIDAL, GASTON EZEQUIEL
20-36297043-2	VILCHE, LUCAS EZEQUIEL
23-29617103-4	VILLALBA, NATALIA VANESA
20-29761607-3	VILLALBA, SERGIO RUBEN
23-28493727-9	VILLARREAL, CRISTIAN ALFREDO
20-36760957-6	VILLAVICENCIO, ROBERTO DANIEL
20-22786626-9	VILLEGAS, JAVIER LEONARDO
20-23711712-4	VILTE, JUAN DOMINGO
27-21620953-8	VILTE, MARIA FERNANDA
20-27409667-6	YBARRA, CARLOS ALBERTO
27-25686748-1	ZACHETTI, CECILIA ANDREA
23-45323805-9	ZALAZAR, NICOLAS EZEQUIEL
27-12239483-8	ZANELLI, MARIA DEL CARMEN
27-24731446-1	ZAPPA, VIVIANA ELOISA
20-31194549-2	ZEITUNE, CARLOS ELBIO

Constancia de Cobertura

Advertencia. Cobertura de los dependientes: se deja claramente establecido que sólo quedarán cubiertos bajo este seguro los empleados en relación de dependencia con el tomador que, al momento del siniestro, se encuentren dados de alta en el SUSS.
La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.

En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721 (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a “consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar.

A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

Emitido en Ciudad de Buenos Aires al 09 de septiembre de 2025 para ser presentada ante quien corresponda

Constancia de Cobertura
Seguro Vida Obligatorio

estando sujeta a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza. La emisión del presente certificado no implica renuncia del Asegurador a oponer la caducidad de los derechos del Asegurado, si correspondiere, de acuerdo con la ley o el contrato.

La presente constancia de cobertura tendrá validez únicamente por 30 días corridos a partir de la fecha de emisión del mismo.



Jorge Mignone
Gerente General

2800000001240190106

MAGIANA S.A.
PJE MAITEN 639
C1424CGA CAPITAL FEDERAL
CAPITAL FEDERAL

CAJA DE SEGUROS S.A.(EX CSVSA)
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
ROBERTO FITZ ROY 957
1414 CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

LA CAJA de ahorro y seguro
GENERALI

* Los seguros son emitidos por su empresa controladora CAJA DE SEGUROS S.A

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION	POLIZA N°	CONTROL	ENDOSO N°
SEG.COLECTIVO VIDA OBLIGATORIO	2800-0000124-01	0	3

Entre CAJA DE SEGUROS S.A. (en adelante La Caja) y quien se designa con el nombre del Asegurado, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la presente Póliza que se agregan y de conformidad con la solicitud de seguro, la que se declara parte integrante de este contrato.

CONCEPTO	VIGENCIA
ENDOSO	desde las 00 hs.del 01-09-2025 hasta las 00 hs.del 01-09-2026

ASEGURADO Y/O TOMADOR	MAGIANA S.A.
DOMICILIO	PJE MAITEN 639 C1424CGA - CAPITAL FEDERAL CAPITAL FEDERAL

COND. DE IVA	SOLICITUD Nº	Nº DOC./Nº DE CUIT	VENCIMIENTO PAGO CONTADO
RESP.INSCR.		CT 33-70788128-9	

OBJETO DEL SEGURO Y RIESGOS ASEGURADOS — **SUMA ASEGURADA INICIAL**: $

0A4078AA1F3C436BAA064E7D2800000012401

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR RESOLUCION 39.766 SSN
Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro.1567/74.
PRODUCTO SEG.COLECTIVO VIDA OBLIGATORIO

CAUSA DEL ENDOSO: RENOVACION DE PERIODO
Actividad del Tomador: Servicios empresariales n.c.p.
Porcentaje de Adhesión: 100,00 %
Frecuencia de Facturación: MENSUAL Cantidad de cuotas: 1
Tipo de capital:Suma Asegurada Uniforme
Periodo de Permanencia (para adquirir Condición de Asegurable): 0 meses

Gastos de Explotación: 22,70%

Designacion de Beneficiarios: POR LOS ASEGURADOS

* Se recuerda que en la emisión y/o renovación automática anual de acuerdo a la vigencia de la póliz
se deberá abonar el Derecho de Emisión, conforme la escala por cantidad de asegurados (Reglamento
adjunto - Art. 10).
* COBERTURA: FALLECIMIENTO

Fecha Inicio Vigencia: 01-09-2025 CAPITAL ASEGURADO : $ 1.632.576

Gastos de Producción $0,00 Gastos de Explotación $0,00

COND.ANEXOS Y/O CLAUSULAS INTEGRANTES DE ESTA POLIZA

MONEDA	PRIMA	DERECHO DE EMISIÓN	RECARGOS ADMINISTRATIVOS	RECARGOS FINANCIEROS	BONIFICACIÓN
$		*			

IMPUESTOS Y TASAS	SELLADOS	PERCEP. I.B.	IVA BÁSICO	IVA ADICIONAL	PREMIO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN (1414) CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES , 1 Septiembre de 2025

Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado o tomador del seguro, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la Póliza. Cuando se mencionan los vocablos "Asegurado", "Tomador" y "Contratante" se considerarán indistintamente según corresponda.

El impuesto de Sellos será ingresado por la Caja en la jurisdicción correspondiente, mediante declaración jurada.

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

ESTA POLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION

Jorge Mignone
Gerente General

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 4857-7677 opción 2. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.lacaja.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.

REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO
DECRETO N° 1567/74
CAPITULO 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 Unico de la Seguridad Social.

Artículo 2°. EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600;
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Artículo 3~. PRESTACION
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°. CONTRATACION 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 NACION (SSN).

Artículo 5°. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACION DE CAPITAL ASEGURADO - AJUSTE DE PRIMAS
El costo del seguro estará a cargo del empleador.
La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.
Prima
La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILESIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma asegurada
La suma asegurada será equivalente a 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.

Artículo 6°. AUTORIZACION 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 informar la fecha y el número de Resolución de SSN que la autoriza a operar en la Rama Vida.

Artículo 7°. SOLICITUD DEL SEGURO - EMISION DE LA POLIZA - NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO
Solicitud del Seguro
Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:
a) Copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Unico 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 per¡odo 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 Unico 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) d¡as 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 Unica 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, telófonos y dirección electrónica.
El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo un 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 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°. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios. La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación, a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 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 ADMINISTRACION NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.
El comprobante de 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 - PERIODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD TRASPASO DE ASEGURADORA
Unicamente, 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 artículo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los Artículos 7° y 8° del presente Reglamento.
b) Durante la vigencia de la misma, decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del 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 EMISION, GASTOS DE ADMINISTRACION Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACION A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCION DE TASA UNIFORME
El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:
Hasta VEINTICINCO (25) asegurados PESOS DOCE ($12). Entre VEINTISEIS (26) y CINCUENTA (50) asegurados PESOS DIECISIETE ($17). M s de CINCUENTA (50)' asegurados PESOS VEINTICINCO ($25).
El tomador-empleador, cuando corresponda, declarará y abonaró el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS.
De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un VEINTIDOS 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 Artículo 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 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 direccionar 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°. DISTRIBUCION DE RECAUDACION
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 NACION 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 u-

tilización de transferencia electrónica, los que contendrán los siguientes datos:
1) CUIC - Clave única de identificación de contratos;
2) CUIT del tomador-empleador;
3) Período declarado;
4) Identificación de las CUIL declaradas;
5) Fecha en que pagó el tomador-empleador;
6) Importe total depositado por el tomador-empleador discriminado por prima y derecho de emisión;
7) Fecha de procesamiento;
8) Fecha de transferencia a la Cuenta Bancaria de la Aseguradora;

9) Importe acreditado en la Cuenta Bancaria;
12.4. Cuando la Aseguradora detecte diferencias entre lo informado por la AFIP en los archivos publicados de respaldo y la información provista por los empleadores podrá requerir un anólisis 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 an lisis 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 aduntando 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°. SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISION
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador-empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la seguridad social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de TREINTA (30) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura se reanudará a partir de la hora CERO (O) del día siguiente al ingreso de la prima. La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los SESENTA (60) d¡as 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°. COMUNICACION DE ALTAS y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Unico de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", lo que establecer 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°. LIQUIDACION DEL SINIESTRO
La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado. Si por cualquier causa la designación deviniera ineficaz o quedase sin efecto, se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente, según lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241. A tal efecto, deberán presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8°. En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio. Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1) Partida de Defunción del Asegurado;
2) Constancia de CUIL del trabajador;
3) Copia d e 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 ADMINISTRACIN 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 £ltimo domicilio real; Información Sumaria Judicial y Declaración de Derechohabientes expedida por la ADMINISTRACION 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 e n la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General N° 1891/2005 (texto ordenado por la Resoluci¢n 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 Unica 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 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 Unica de Identificación de Contratos (CUIC);
c) Que correspondan a pólizas que si bien poseen Clave Unica de Identifi-

cación 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 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.

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.