



POLIZA N° 30 - _____

Cliente N° _____

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO

Decreto N° 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional Resolución N° 35.333 de la Superintendencia de Seguros de la Nación

SOLICITUD

Para la cobertura de un Seguro de Vida Colectivo Obligatorio con el objeto de asegurar a los trabajadores en relación de dependencia, conforme a lo dispuesto por el Decreto N° 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional y Resolución N° 35.333 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y sus modificatorias.

Razón Social: _____

Calle: _____

Cód.Postal: _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Condición I.V.A. : _____ C.U.I.T. : _____

Fecha inicio de actividades
de la empresa

Actividad principal: _____

Actividad secundaria: _____

La nómina corresponde a Empleado/a Doméstico (si / no) _____

La cantidad inicial de trabajadores a asegurar asciende a _____ conforme a la última nómina del personal empleado declarado al Sistema Unico de la Seguridad Social (S.U.S.S.)

Los/as trabajadores/as EMPLEADOS/AS DOMESTICOS/AS indíquelos en otra solicitud para emitir la Póliza correspondiente a los mismos.

Adjunto a la presente, constancia de baja de la cobertura correspondiente al período anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay.

La nómina corresponde a Empleado/a Doméstico (si / no)

Lugar y Fecha

Sello y Firma del Empleador

IMPORTANTE: Nómina de trabajadores: Es indispensable acompañar con esta solicitud la nómina completa del personal declarada al S.U.S.S. (Nombre y Apellido, Documento, Fecha de Nacimiento, etc.)

Este formulario debe ser cumplimentado a máquina o letra de imprenta

Canal Nivel 1 _____ Plan _____ Canal Nivel 2 _____ Plan _____ Canal Nivel 3 _____ Plan _____ Canal Nivel 4 _____ Plan _____

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION. De acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 35.333 a partir del 1/1/2011 y sus modificatorias. REGLAMENTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO (parte pertinente) DECRETO 1567/74

CAPITULO I - DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74

ARTICULO 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° 16.600
- b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTICULO 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 disposición administrativa de la Seguridad Social.

Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTICULO 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 pública o privada, que se encuentre inscrita en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación

ARTICULO 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, se expresarán en moneda de curso legal.

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

Suma asegurada: La suma asegurada será de \$ 12.000,00 (PESOS DOCE MIL) o la que en el futuro fije la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Ajuste de prima: De establecerse una variación en la prima o suma asegurada, la misma será comunicada a las partes involucradas con la suficiente antelación a fin de que se proceda a los ajustes que correspondieren por el seguro.

ARTICULO 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 a operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74" que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con el pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.

A los fines de la inscripción, las entidades deben enviar, copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informarla, la fecha y el número de Resolución de Superintendencia de Seguros de la Nación que la autoriza a operar en la Rama Vida.

ARTICULO 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 Único de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación" 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 en que el asegurado queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o al 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 comunicarle a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL del trabajador, el número de CUIL 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 vigentes para que al momento de su renovación la fecha de inicio de vigencia de las mismas sea coincidente con el día primero del correspondiente mes calendario, mecanismo que también corresponde aplicar a las nuevas pólizas que se emitan en el futuro.

Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los 15 (QUINCE) días de celebrado el contrato.

Dicha póliza deberá emitir 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).

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

- a) Aseguradora donde se encuentra vigente la cobertura, domicilio, teléfonos, y dirección electrónica.
- b) Como mínimo, indicar la información que aparece en el Anexo 1 del presente Reglamento.
- c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica.

El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo UN (1) tamaño de SESENTA CENTIMETROS (60 cm) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTIMETROS (45 cm) de ancho.

Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos 1 (UNO) afiche por cada establecimiento.

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

Es de exclusiva responsabilidad del empleador - tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la presente resolución.

ARTICULO 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 15 (quince) días de contratada la cobertura y de denunciar los datos extremos de tomar el empleo, 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 nombre y se 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 aclarar los casos extremos de designación de beneficiarios de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultara 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 pague conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTICULO 9 - VIGENCIA - PERIODO DE CARENIA POR INICIO DE ACTIVIDAD - TRASPASO DE ASEGURADORA

Únicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá 30 (TREINTA) días de plazo para tomar el seguro. Quien tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha.

Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora 0 (CERO) del trigésimo primer día posterior a la solicitud del seguro.

Las aseguradoras 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 período.

La responsabilidad por el pago del premio vigente a partir de la hora 0 (CERO) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a la hora 24 (VEINTICUATRO) del último día de vigencia estipulado.

ARTICULO 10 - DERECHO DE EMISION, GASTOS DE ADMINISTRACION Y RECONOCIMIENTO DE 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 25 asegurados \$ 12.-
- entre 26 y 50 asegurados \$ 17.-
- más de 50 asegurados \$ 25.-

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

De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un veintidós por ciento (22,70 %) para atender los gastos de administración de esta cobertura.

Las entidades aseguradoras podrán recaudar y operar a los productores asesores de seguros una participación de los fondos propios en 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 el resulta de aplicación las previsiones del artículo 81° de la Ley N° 20.091.

ARTICULO 11 - PAGO DEL PREMIO

El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador-empileador 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 1° del determinado en el artículo 6° de la resolución que aprueba el presente reglamento.

Hasta tanto entre en vigencia lo establecido en el artículo 2° de la resolución que aprueba el presente reglamento el tomador - empleador abonará el premio directamente a la entidad aseguradora sin necesidad de previa facturación.

El importe correspondiente al fraccionamiento de las primas, como consecuencia de lo establecido en el Artículos 7° del presente Anexo, deberá ser abonado por el empleador directamente a la aseguradora.

En el caso de fallecimiento de un asegurado, el premio 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 Administración Federal de Ingresos Públicos dirigenciará los montos y la información a la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Regularizados los supuestos antes mencionados, los futuros pagos que efectúen serán transferidos por la Administración Federal de Ingresos Públicos a las entidades aseguradoras que correspondan conforme el procedimiento establecido en el artículo 12 del presente anexo.

ARTICULO 12 - DISTRIBUCION PERTINENTE

12.4. Cuando la Aseguradora detecte diferencias entre lo informado por la AFIP en los archivos públicos 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 Balcarlos 167 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo, o enviarla por correo postal.

Si se diere el caso que la consulta no está relacionada con el 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.

Las aseguradoras verifiquen que los fondos de los pagos efectuados fueron derivados por la AFIP a la SSN, podrán requerir la devolución de los mismos.

A tal fin deberán presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la empresa (empleador) o de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los periodo/s fiscal/es sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo.

La nota deberá ser dirigida a la Gerencia de Administración y Operaciones de la Superintendencia de Seguros - Sector SCVO y presentarla personalmente o a través de correo postal en la Avda. Julio A. Roca 771 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.

ARTICULO 13 - SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISIÓN

La falta de pago del premio -del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio- por parte del tomador-empileador en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, suspenderá la cobertura de forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.

La cobertura sólo será reanudada a las 72 (SETENTA Y DOS) horas de haberse abonado el total de las primas adeudadas.

Si el tomador, sin embargo, 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, hara directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.

Los pagos efectuados por los tomadores-empleadores una vez vencido el plazo de suspensión y rescisión de la póliza no tendrán derecho a rehabilitar la misma.

ARTICULO 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 Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere. La aseguradora, sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la Administración Federal de Ingresos Públicos, tendrá derecho a exigir al tomador la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) cuando lo requiera para el presente reglamento.

Para el caso que el tomador - empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social, las altas y bajas deberán ser comunicadas mensualmente a la aseguradora.

A fin de mantener vigente la cobertura, el tomador-empileador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11° del presente reglamento.

ARTICULO 15 - 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 tiene 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 del presente Reglamento.

En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta en forma por la ANSeS o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido.

9.- Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación:

- a) El/los beneficiario/s: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, y declaración del último domicilio real.
- b) Derechohabientes:

b.1) El/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a seis meses de su presentación para la liquidación del siniestro y declaración jurada del cónyuge conforme el artículo 1° Ley 17.562 y que como Anexo iii) forma parte integrante del presente reglamento.

b.2) El/la conviviente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; Información Sumaria Judicial y Declaración de Derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS).

b.3) Los hijos/as asegurados: Documento Nacional de Identidad y partida de nacimiento legalizada, y de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal (patria potestad, tutela o curatela).

10.- Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para estructurar el pago del beneficio.

En ningún caso la aseguradora será responsable del pago del beneficio por el fallecimiento de los trabajadores que no hubiesen sido dados de alta en la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General Nro. 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General Nro. 2016/2006) de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y sus modificatorias.

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

- a) la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) conforme lo reglado por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241 o testamentarios.
- b) luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago.

En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:

- 1.- Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave Única de Identificación de Contratos.
- 2.- Certificación por parte de la aseguradora de la vigencia de la cobertura al momento de ocurrencia del siniestro.
- 3.- Copia certificada de toda la documentación que opere 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, con excepción de lo establecido por el Decreto Nro. 1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

ARTICULO 16 - SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA

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

- a) que afecten a trabajadores no incluidos en las nóminas del tomador, ni los excluidos en el artículo 2° del presente anexo.
- b) que correspondan a pólizas emitidas que no cuenten con la debida Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC).
- c) que correspondan a pólizas que bien posean Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC), la aseguradora hubiera remitido - a través del sistema Kausay- datos incorrectos o no hubiera efectuado la renovación 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.

ARTICULO 17- PROHIBICIONES

Se prohíbe a las entidades aseguradoras:

- 1. Otorgar bonificaciones.
- 2. Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el Artículo 10° del presente reglamento.
- 3. Efectuar publicidad directa.
- 4. Rechazar solicitudes presentadas por los empleadores de conformidad a las disposiciones del presente reglamento.
- 5. Efectuar pagos graciables.
- 6. Efectuar pagos de compensación que arrojen sus declaraciones juradas, con las sumas debidas por la Caja Compensadora por períodos anteriores.
- 7. Coasegurar y reasegurar.

ARTICULO 18 - RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR

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

La suspensión del seguro, por falta de pago o pago insuficiente del premio y la consecuente

CAPITULO IV DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 19 - PRESCRIPCION

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3° del Código Civil.

Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, se regirán a partir de la fecha de prescripción por el artículo 58 de la Ley N° 17.418.

ARTICULO 20 - MODIFICACIONES

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3° del Código Civil. Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, se regirán a partir de la fecha de prescripción por el artículo 58 de la Ley N° 17.418.

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3° del Código Civil. Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, se regirán a partir de la fecha de prescripción por el artículo 58 de la Ley N° 17.418.

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3° del Código Civil. Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, se regirán a partir de la fecha de prescripción por el artículo 58 de la Ley N° 17.418.

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3° del Código Civil. Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, se regirán a partir de la fecha de prescripción por el artículo 58 de la Ley N° 17.418.

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3° del Código Civil. Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, se regirán a partir de la fecha de prescripción por el artículo 58 de la Ley N° 17.418.

NOMINA DE ASEGURADOS - INCORPORACION INICIAL

Razón Social: _____
con domicilio en: _____
Cod. Postal: _____ Loc.: _____
Prov.: _____ Teléfono: _____
Situación frente al I.V.A.: _____ N° C.U.I.T.: _____
Dirección de E-mail: _____

FECHA RECEPCION I.A.M

ORIGINAL
Formulario Aprobado de la Superintendencia de Seguros de la

APELLIDO Y NOMBRE	Fecha de Nacim.			N° C.U.I.L. Y/O CAJA DE AHORRO (*)	
	Día	Mes	Año		

(*) EN CASO DE MENORES
Acompañamos _____ fichas solicitudes individuales (F.303)

Lugar y Fecha: _____
Firma Autorizada y Sello del Empleador

NOMINA DE ASEGURADOS - INCORPORACION INICIAL

Razón Social: _____
con domicilio en: _____
Cod. Postal: _____ Loc.: _____
Prov.: _____ Teléfono: _____
Situación frente al I.V.A.: _____ N° C.U.I.T.: _____
Dirección de E-mail: _____

FECHA RECEPCION I.A.M

DUPLICADO
Formulario Aprobado de la Superintendencia de Seguros de la

APELLIDO Y NOMBRE	Fecha de Nacim.			N° C.U.I.L. Y/O CAJA DE AHORRO (*)	
	Día	Mes	Año		

(*) EN CASO DE MENORES
Acompañamos _____ fichas solicitudes individuales (F.303)

Lugar y Fecha: _____
Firma Autorizada y Sello del Instituto

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

ORIGINAL: La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador	SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74		N° Legajo, Registro, Ficha, etc.				
	Compañía Aseguradora: INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL						
	Nombre y Apellido						
	Documento: Tipo:			Nro.		C.U.I.L.L.:	
	Expedido por:					(o Nro. Libreta de Ahorro)	
	FECHAS DE NACIMIENTO		CAPITAL ASEGURADO		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
	Domicilio particular						
	Calle:		Nro.:	Piso:	Dpto.:	Cod.Postal:	
	Localidad:		Provincia:				
	Empleador:						
Domicilio Empleador							
Calle:		Nro.:	Piso:	Dpto.:	Cod.Postal:		
Localidad:		Provincia:					
BENEFICIARIOS:							
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio		Documento		
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).							
Lugar y Fecha:			FIRMA DEL ASEGURADO				
			(o impresión digital)				

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

DUPLICADO: La presente constancia deberá ser archivada por el Empleador	SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74		N° Legajo, Registro, Ficha, etc.				
	Compañía Aseguradora: INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL						
	Nombre y Apellido						
	Documento: Tipo:			Nro.		C.U.I.L.L.:	
	Expedido por:					(o Nro. Libreta de Ahorro)	
	FECHAS DE NACIMIENTO		CAPITAL ASEGURADO		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
	Domicilio particular						
	Calle:		Nro.:	Piso:	Dpto.:	Cod.Postal:	
	Localidad:		Provincia:				
	Empleador:						
Domicilio Empleador							
Calle:		Nro.:	Piso:	Dpto.:	Cod.Postal:		
Localidad:		Provincia:					
BENEFICIARIOS:							
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio		Documento		
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).							
Lugar y Fecha:			FIRMA DEL ASEGURADO				
			(o impresión digital)				

FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

TRIPLICADO: La presente constancia deberá ser entregada por el Empleador al Empleado Asegurado	SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74		N° Legajo, Registro, Ficha, etc.				
	Compañía Aseguradora: INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL						
	Nombre y Apellido						
	Documento: Tipo:			Nro.		C.U.I.L.L.:	
	Expedido por:					(o Nro. Libreta de Ahorro)	
	FECHAS DE NACIMIENTO		CAPITAL ASEGURADO		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
	Domicilio particular						
	Calle:		Nro.:	Piso:	Dpto.:	Cod.Postal:	
	Localidad:		Provincia:				
	Empleador:						
Domicilio Empleador							
Calle:		Nro.:	Piso:	Dpto.:	Cod.Postal:		
Localidad:		Provincia:					
BENEFICIARIOS:							
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio		Documento		
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).							
Lugar y Fecha:			FIRMA DEL ASEGURADO				
			(o impresión digital)				