

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO

DECRETO N° 1567/74

DATOS DEL EMPLEADOR:

Razón Social / Contratante: _____

CUIT: _____

Fecha de nacimiento (solo para persona física): _____

Condición frente al I.V.A.: _____

Domicilio constituido. Calle: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Objeto y rubro del contratante (Actividad): _____

Cantidad de asegurados: _____

SCVO Personal Casas Particulares

Solicitamos a San Cristóbal Sociedad Mutual de Seguros Generales la emisión de una póliza de seguro de vida colectivo para los empleados, cuya nómina y solicitudes individuales se adjuntan.

COBERTURA

Este seguro cubre el riesgo de **muerte** del trabajador en relación de dependencia, por cualquier causa, sin limitaciones, las 24 horas.

Esta prestación es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización.

Constituye una cobertura que el empleador debe contratar en forma obligatoria a favor de sus empleados.

- Está a cargo del Empleador y es de **\$ 24,35** por mes y por persona. No se cobran recargos ni impuestos.
- A este valor se le deberá adicionar junto con la emisión y en cada renovación anual, el derecho de emisión, el cual se determina en función de la cantidad de asegurados.

De 1 a 25 vidas \$12,00

26 a 50 vidas \$17,00

Más de 50 vidas \$25,00

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada será el equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, la cual será comunicada anualmente por la SSN con antelación a fin de proceder con los ajustes necesarios. **A partir del 01 de marzo de 2021 la misma asciende a \$ 118.800.**

FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Mensual

¿DECLARA NÓMINA VÍA SUSS? **SI / NO** (tachar lo que no corresponda)

OBSERVACIONES:

En el caso de Personal de Casas Particulares deberá completarse una Solicitud adicional para estos trabajadores. La forma de pago se realizará en forma directa a la Aseguradora vía débito automático.

Se conviene que el seguro se regirá por las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de las pólizas de seguro de Vida Colectivo de San Cristóbal, que declaramos conocer, y que San Cristóbal Sociedad Mutual de Seguros Generales no asume responsabilidad alguna hasta que haya aceptado el riesgo y emitido la póliza correspondiente.

Lugar y fecha _____

El asegurado es informado y consiente expresamente que la póliza y/o el certificado individual le sean remitidos a la dirección de correo electrónico que ha sido señalada en esta propuesta. Con dicha recepción se darán por cumplidas todas las exigencias legales referentes a la entrega de la póliza y/o certificado individual".

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL SOLICITANTE (Productor Asesor)

SOCIO N°	DATOS PRODUCTOR	DATOS ORGANIZADOR	PÓLIZA N°	AGENCIA N°		
	Nombre y apellido:	Nombre y apellido:				
	Código de Productor (SC):	Código de Organizador (SC):				

