

PERSONAL DE CASAS PARTICULARES

CONVENIO DE LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES DINERARIAS CLÁUSULAS ADICIONALES - Anexo I . Res. S.R.T. N° 46/2018



ASOCIART

ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO

PÓLIZA N°:

RAZÓN SOCIAL:

CUIT N°:

CLÁUSULA OPCIONAL

CLÁUSULA NOVENA: PAGO DE I.L.T. Y REINTEGRO

Mientras se encuentre vigente la relación laboral de los beneficiarios, el EMPLEADOR podrá efectuar por cuenta y orden de la A.R.T. el pago de la prestación dineraria por I.L.T. (Incapacidad Laboral Temporal) y llevar a cabo en igual sentido, el pago de aportes y contribuciones a la seguridad social.

La aseguradora, por su parte, deberá rembolsar al empleador el monto de dichos conceptos dentro de los TREINTA (30) días corridos de la presentación de la documentación que acredite el pago.

En caso de extinción de la relación laboral, el pago de la I.L.T. como así también la declaración y pago de los aportes y contribuciones estarán a cargo de la A.R.T..

Conforme lo previsto en el artículo 74, inciso d) del Anexo del Decreto 467/14, para el reembolso de la I.L.T. se deberá considerar la remuneración mensual mínima fijada por el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL o por los mecanismos implementados por la Ley N° 26.844 para el Personal de Casas Particulares y para la categoría y el período devengado correspondiente.

De existir reintegros de prestaciones dinerarias por I.L.T. pendientes de reembolso por parte de la Aseguradora, ésta no podrá objetar el traspaso a otra A.R.T. ni rescindir el contrato por falta de pago.

El presente convenio de Liquidación de Prestaciones Dinerarias - Cláusula Adicional 9, Anexo 1, Res. S.R.T. N°46/2018, tendrá vigencia a la renovación del contrato, si dicha modificación se comunicó a Asociart S.A. ART con una antelación de al menos 90 días.

En _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma Empleador:
Apellido y Nombre:
DNI N°:
Personería Invocada:

Firma del Representante de la ART
Apellido y Nombre
DNI N°:
Personería Invocada:

DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBERÁ ADJUNTAR:

Personas Físicas:

Fotocopia del D.N.I. del Titular Firmante