

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPLEADORES DE PERSONAL DE CASAS PARTICULARES

Solicitud

Productor

Código

1.1 DATOS DE LA ASEGURADORA

COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS VICTORIA S.A.
 FLORIDA 556 3º PISO (1005) CAPITAL FEDERAL
 Teléfono 4322-1100 / Fax interno 109

Código: 00248
 E-mail: art@victoria.com.ar
 CUIT N°: 30-50003226-6

Firmante

Personería

Denuncia de altas y bajas de trabajadores: * 4322-1100 Línea gratuita de consultas: 0800-222-0564 (PREVENCIÓN)
 Denuncias de accidentes durante las 24 horas: * 0-800-999-9001
 Reclamos de empleadores y trabajadores: * 4322-1100

* También personalmente en nuestras oficinas sitas en Florida 556 3º (C1005AAL) Capital Federal

1.2 DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre o razón social

CUIT N°

Condición ante la AFIP

Actividad Principal

Código de actividad, Formulario AFIP N° 150 (Res. AFIP N° 485/99) Formulario N° 883

Fecha de inicio de actividades

(dd/mm/aaaa)

Otras Actividades

Domicilio constituido

Nº

Piso

Dpto.

Localidad

Fax

E-mail

Firmante

DNI

Personería invocada

2. VIGENCIA

Desde el

(dd/mm/aaaa)

hasta el

(dd/mm/aaaa)

El campo VIGENCIA no puede quedar en BLANCO, debe ser completado en forma obligatoria. La fecha de inicio de vigencia no debe ser anterior a la fecha de suscripción de la presente solicitud de afiliación

3. ALÍCUOTA

Según rango de horas trabajadas semanalmente conforme formulario (AFIP) 102/B

| Horas trabajadas semanalmente | Cantidad de trabajadores | Alícuota |
|--------------------------------------|--------------------------|----------|
| Menos de 12 hs. semanales | | |
| Desde 12 a menos de 16 hs. semanales | | |
| 16 ó más hs. semanales | | |
| Cuota Inicial Resultante * | | \$ |

* Incluye \$ 0.60 por cada trabajador destinados al Fondo Fiduciario para Enfermedades Profesionales

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPLEADORES DE PERSONAL DE CASAS PARTICULARES (cont.)**4. DETALLES DE LUGARES DE TRABAJO****LUGAR DE TRABAJO 1**

| | | |
|------------------------------|------|--------------------------|
| Ubicación/Domicilio completo | | Localidad |
| Provincia | C.P. | Cantidad de trabajadores |
| Teléfono | | |

LUGAR DE TRABAJO 2

| | | |
|------------------------------|------|--------------------------|
| Ubicación/Domicilio completo | | Localidad |
| Provincia | C.P. | Cantidad de trabajadores |
| Teléfono | | |

5. CLAUSULA PENAL POR INCUMPLIMIENTO DE DENUNCIAS DEL EMPLEADOR

\$

6. LISTADO DE PRESTADORES

Teléfono: 0800-999-9001

Podrá acceder a nuestra red de prestadores a través de nuestra página web www.victoria.com.ar o consultarla telefónicamente.**7. DESCRIPCIÓN DE TAREAS Y RIESGOS LABORALES (posee carácter de Declaración Jurada del Empleador)****A. Breve descripción de tareas**

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

B. Riesgo eléctrico | ¿Posee sistema de protección para las personas en la instalación eléctrica? SI NO C. Riesgo de incendio | ¿Posee algún dispositivo de extinción de incendio? SI NO

Indique cual: Extintor portátil CO2 Extintor tricloro polvo químico Extintor de agua Otros

D. Riesgo químico | Indique qué elementos químicos utiliza habitualmenteInsecticidas SI NO CuálesBencina SI NO Raticidas SI NO CuálesDesinfectantes SI NO Detergentes SI NO Soda cáustica SI NO Desengrasantes SI NO Hipoclorito de sodio (lavandina) SI NO Amníaco SI NO Ácido clorhídrico muriático SI NO Otros**E. Instalaciones edilicias | Indique cuáles de las siguientes situaciones posee en su vivienda**Protecciones en borde de losas y balcones (barandas) SI NO Realizan tareas interiores en altura, a más de 2.00 mts SI NO CuálesRealizan tareas exteriores en altura, a más de 2.00 mts (fachadas y frentes/contra frentes) SI NO CuálesEscaleras con barandas SI NO

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPLEADORES DE PERSONAL DE CASAS PARTICULARES (cont.)**7. DESCRIPCIÓN DE TAREAS Y RIESGOS LABORALES (posee carácter de Declaración Jurada del Empleador)****F. Ropa y elementos de trabajo**

Entrega indumentaria de trabajo SI NO Cuáles: (ej. calzado, delantal, pantalón, camisa, vestidos, etc.)

Entrega de elementos de protección personal SI NO Cuáles: (ej. guantes, etc.)

LUGAR Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN

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

Firma empleador

Firma Representante de la A.R.T.

Aclaración

Tipo y N° de documento

El original de esta Solicitud deberá entregarse a VICTORIA debidamente firmada.

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA OBLIGATORIA A PRESENTAR

- Constancia de Inscripción en AFIP del Empleador.
- Alta del Trabajador en AFIP, o, último pago con Form. 102/B más el ticket correspondiente.
- Fotocopia del DNI del empleador firmado en original.

CONTRATO DE AFILIACIÓN DE EMPLEADORES DE CASAS PARTICULARES

CONDICIONES GENERALES

En la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de 20_____, por una parte Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A., constituyendo domicilio en la calle Florida 556 3º (C1005AAL) Capital Federal, en adelante denominada "la Aseguradora" o "la ART" en forma indistinta; y por la otra _____ Documento Nacional de Identidad Nº _____, representado en este acto por _____ Documento Nacional de Identidad Nº _____, acreditando personería conforme documentación cuyo original exhibe y entrega copia a "la Aseguradora", constituyendo domicilio en la calle _____, denominado en lo sucesivo "EL EMPLEADOR" suscriben el presente CONTRATO DE AFILIACION, en el marco de lo normado por las Leyes Nº 24.557, Nº 26.773 y Nº 26.844, sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (S.S.N.) y sujetos a las siguientes cláusulas y condiciones:

CLAUSULA PRIMERA

Las partes se someten durante la vigencia del presente contrato, en tanto sea aplicables al régimen instituido por la Ley Nº 26.844, a dar cumplimiento a las obligaciones que resulten impuestas por las Leyes sobre Riesgos del Trabajo Nº 24.557 y Nº 26.773, sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (S.S.N.), además de las obligaciones instrumentadas a través del presente Contrato.
En ningún caso las condiciones particulares del contrato podrán ser alteradas o contrarias a lo dispuesto en la normativa precitada y a las Condiciones Generales del presente contrato.

CLAUSULA SEGUNDA

I. VIGENCIA

El presente contrato tendrá un término mínimo de duración de UN (1) año, contado a partir de las CERO (0) hora de la fecha de inicio de vigencia que expresamente se estipule en el Contrato de Afiliación, la que no podrá ser anterior a la fecha de suscripción del mismo. Para el caso de haber omitido fijar la fecha de inicio de vigencia, deberá considerarse como tal las CERO (0) horas del día inmediato posterior a la fecha de suscripción del Contrato de Afiliación.

En el caso que el contrato haya sido asignado de oficio, la vigencia de la cobertura será a partir de las CERO (0) horas del día inmediato posterior a la fecha en que la S.R.T. ponga a disposición los datos de dicha asignación.

II. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA. La vigencia del presente contrato será renovada automáticamente por el periodo de UN (1) año, salvo que el EMPLEADOR manifieste su decisión en contrario, por medio fehaciente y con una antelación de TREINTA (30) días corridos previos a la finalización del contrato, en cuyo caso deberá solicitar en forma simultánea su afiliación a otra A.R.T.

CLAUSULA TERCERA

COTIZACIÓN

EL EMPLEADOR abonará la cuota vigente para cada rango de horas trabajadas semanalmente, conforme formulario (AFIP) 102/B.

CLAUSULA CUARTA

I. OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES

1. OBLIGACIONES A CARGO DEL EMPLEADOR

a) Cumplir con las recomendaciones que formule la A.R.T. así como con los programas que al respecto establezca la autoridad de aplicación de la Ley Nº 24.557.

b) Declarar ante la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P.) el alta de sus trabajadores con anterioridad al inicio de sus tareas, de acuerdo a lo que establezca el citado Organismo en la normativa aplicable (Mi Simplificación – Registro Especial de la Seguridad Social – Personal de Casas Particulares Ley Nº 26.844).

c) Informar inmediatamente a los trabajadores la Aseguradora en la que se encuentran afiliados y que les brindará cobertura, ante la ocurrencia de las contingencias previstas por la Ley Nº 24.557.

d) Entregar a los trabajadores las credenciales correspondientes dentro de los CINCO (5) días hábiles de recibidas e informar el procedimiento a seguir para realizar la denuncia en caso de accidente, comunicando los teléfonos de emergencia a través de los cuales podrá acceder el damnificado a las prestaciones asistenciales.

e) Informar y capacitar a los trabajadores en materia de condiciones y medio ambiente del trabajo, de acuerdo con las características y riesgos específicos de las tareas que desempeñen y de sus puestos de trabajo.

f) Denunciar a la Aseguradora, inmediatamente de conocido, todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que sufran sus dependientes. El Empleador que no cumpliera con esta obligación, deberá abonar a la Aseguradora en concepto de Cláusula Penal la cantidad de PESOS indicada en el contrato de Afiliación.

También podrá efectuar la denuncia el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento del accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Sólo cuando sea imposible la comunicación a la Aseguradora para la atención de una urgencia, o que comunicada, no haya dado cumplimiento a sus obligaciones o no pueda hacerlo en plazo útil, el empleador deberá disponer por sí la atención del accidentado, dando posterior aviso a la Aseguradora. En este supuesto, la Aseguradora reintegrará los gastos derivados de prestaciones en especie otorgadas en un plazo de DIEZ (10) días desde que le sean presentada la correspondiente rendición de gastos.

2. OBLIGACIONES A CARGO DE LA ASEGURADORA

a) Brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica al EMPLEADOR afiliado sobre la seguridad en el empleo y la prevención de accidentes en el ámbito laboral.

b) Poner a disposición en sus páginas WEB material informativo relativo a la prevención de accidentes en el ámbito laboral.

CONTRATO DE AFILIACIÓN DE EMPLEADORES DE PERSONAL DE CASAS PARTICULARES (cont.)

CONDICIONES GENERALES

- c) Mantener informado al EMPLEADOR sobre el estado del trabajador siniestrado, cada vez que el mismo lo requiera. Tal información podrá ser brindada a través de medios electrónicos.
- d) Mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por cada lugar de trabajo, conforme lo informado por el empleador.
- e) Denunciar a los empleadores que no cumplan con su obligación de comunicar los siniestros laborales, de conformidad con lo establecido en el inciso a) del apartado 1º del artículo 31 de la Ley Nº 24.557.
- f) Poner a disposición del EMPLEADOR el Listado de Prestadores vigente que brindará cobertura a nivel nacional.

II . RESPONSABILIDAD DE LA A.R.T. ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES

El incumplimiento de las obligaciones aludidas conllevará la aplicación de las sanciones que correspondan, de acuerdo con lo establecido en la Resolución S.R.T. Nº 735 de fecha 26 de junio de 2008, en el Artículo 32 de la Ley Nº 24.557 y la Resolución S.R.T. Nº 10/97 y sus modificatorias.

CLAUSULA QUINTA

RESCISION

El presente contrato podrá ser rescindido por las partes, conforme se establece a continuación:

I- POR EL EMPLEADOR, en los siguientes casos

- a) Por cambio de Aseguradora, habiendo transcurrido SEIS (6) meses de la primera afiliación a una A.R.T., con aportes efectivamente realizados y sin registrar deuda, conforme al procedimiento establecido en materia de traspasos. Este derecho podrá ser ejercido nuevamente, transcurrido UN (1) año de efectuado el primer cambio de Aseguradora por la misma causa.
- b) Cuando no tenga más trabajadores en relación de dependencia, debiendo notificar a la Aseguradora de tal situación, acompañando las constancias generadas por los aplicativos provistos por la A.F.I.P.

II . POR LA ASEGURODORA

Cuando el EMPLEADOR adeude un monto equivalente a DOS (2) cuotas, tomando la de mayor valor devengado en los últimos DOCE (12) meses. En el cálculo del estado de deuda deberán incluirse todos los saldos parciales a favor del empleador.

Previo a emitir una Intimación de Pago, la A.R.T. deberá verificar si el empleador mantiene personal activo en el Registro Especial del Personal de Casas Particulares, en los períodos que no registre pagos.

A los efectos de considerar legalmente rescindido el contrato por falta de pago, la Aseguradora deberá, previamente, dar cumplimiento al procedimiento establecido a tal fin por el apartado 3º del artículo 18 del Decreto Nº 334/96, reglamentario del artículo 28 de la Ley Nº 24.557. Cuando se ejerza este derecho, la rescisión operará a partir de las CERO (0) horas del día inmediato posterior al de su última notificación a la A.R.T.

CLAUSULA SEXTA

DOMICILIO

Las partes declaran y aceptan que los domicilios constituidos en el primer párrafo del presente contrato serán considerados válidos a los efectos de las notificaciones que las mismas deban realizarse con relación a los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato. Sin perjuicio de lo expuesto las partes declaran conocer que se hallan incluidas en lo que respecta a la vigencia, validez y efectividad de la notificación electrónica reglamentada por la S.R.T.

Es obligación de las partes notificar en forma fehaciente cualquier modificación que sufren los domicilios constituidos. En su defecto, se tendrán por válidas las notificaciones efectuadas en el último domicilio declarado.

CLAUSULA SEPTIMA

COMPETENCIA

Toda controversia que se plantee con respecto al presente contrato, se sustanciará ante los Tribunales competentes, conforme a lo establecido en el artículo 46 de la Ley Nº 24.557.

Firma empleador

Firma Representante de la A.R.T.

Aclaración

Tipo y Nº de documento

El original del presente Contrato deberá entregarse a VICTORIA debidamente firmado

CLAUSULA OPCIONAL**CLAUSULA OCTAVA****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 Temporaria) y llevar a cabo en igual sentido el pago de aportes y contribuciones a la seguridad social.

La aseguradora, por su parte, deberá reembolsar 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 art. 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 Y 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 la 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.

Firma empleador

Firma Representante de la A.R.T.

Aclaración

Tipo y N° de documento

El original del presente Contrato deberá entregarse a VICTORIA debidamente firmado

ANEXO SISTEMA DE VENTANILLA ELECTRÓNICA

Razón Social

CUIT

Contrato

Por medio de la presente informamos a Uds. que a partir del 20 de abril de 2009, entró en vigencia la Resolución SRT 365/2009 que crea el Sistema de Ventanilla Electrónica que incluye a empleadores.

El siguiente texto corresponde al art. 6to de la mencionada normativa:

"El empleador asegurado queda incluido a partir de los TREINTA (30) DIAS corridos posteriores al vencimiento del plazo que corresponda a la categoría en que clasifiquen, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución que incluya a los empleadores en el "Sistema de Ventanilla Electrónica" dispuesto por la Resolución S.R.T. Nº 635/08. Las notificaciones que con carácter fehaciente deban cursarse entre sí, la A.R.T., el empleador, las Administraciones del Trabajo Locales (A.T.L.) y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) podrán realizarse en forma electrónica, conforme la forma y modalidades que ésta última reglamente. A tal fin, el Empleador, deberá ingresar a la página institucional www.srt.gob.ar y seguir los pasos allí indicados. El domicilio electrónico creado en el marco del citado Sistema subsistirá aún en caso de Traspaso de Aseguradora, Rescisión contractual, Falta de Trabajadores o Cese de la Actividad del Empleador, debidamente registrados ante la A.F.I.P."

Mientras el Administrador de Relaciones para la C.U.I.T. del empleador no especifique un responsable de la Notificación electrónica se asignará la función al mismo Administrador. La Administración de Relaciones de la clave fiscal se gestiona en el sitio oficial de la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P.)."

Para obtener el texto completo de la Resol. SRT 365/09 podrá ingresar a nuestra web www.victoria.com.ar o solicitarla por mail a art@victoria.com.ar o al 0-800-222-0564, como sí también informamos que podrá obtener información adicional en la SRT www.srt.gob.ar

Atentamente.

Firma de recepción

Aclaración, Tipo y Nº de Documento

Fecha