



1.1. DATOS DE LA ASEGURADORA

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. | Código de A.R.T.: 00094 | CUIT: 33-70736658-9 | Domicilio constituido: Avda. 51 Nº 770 / CPA: B1900AWP / Localidad: La Plata / Provincia: Buenos Aires | Línea gratuita de consulta: 0-800-222-3535 | Domicilio, teléfono y e-mail para denunciar altas y bajas de trabajadores: Avda. 51 Nº 789 / B1900AWC - La Plata / Teléfono: 0-800-222-3535 consultasart@fedpat.com.ar | Domicilio, teléfono y e-mail para denuncias de accidentes durante las VEINTICUATRO (24) horas: Avda. 51 Nº 789 / Tel.: 0-800-222-3535 / consultasart@fedpat.com.ar | Domicilio, teléfono y e-mail para reclamos de empleadores y trabajadores: Avda. 51 Nº 789 / Tel.: 0-800-222-3535 / consultasart@fedpat.com.ar

Firmante: _____ Personería: _____

1.2. DATOS DEL EMPLEADOR

Apellido y Nombre/s: _____

CUIT Nº: _____ Código de Actividad: 950000

Fecha Inicio de actividad: _____

Domicilio constituido:

Calle / Ruta / Paraje: _____ Nº.: _____ Km.: _____

Piso: _____ Depto. o Local Nº: _____ Localidad: _____

Depto./Partido: _____ Provincia: _____ CPA: _____

E-mail: _____ Teléfono/s: _____

Datos del Firmante:

Apellido y Nombre/s: _____

DNI Nº: _____ Personería invocada: _____

2. VIGENCIA

Desde: 3/11/2014 *El campo de vigencia no puede quedar en blanco debe ser completado en forma obligatoria.*

Hasta: 30/11/2015 *La fecha de inicio de vigencia no debe ser anterior a la fecha de suscripción del presente contrato de afiliación. La vigencia de los contratos asignados de oficio 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.*

3. ALÍCUOTA

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

Horas trabajadas semanalmente	Cant. de Trabajadores	Alícuota
Menos de 12 horas	_____	_____
Desde 12 a menos de 16 hs.	_____	_____
16 o más horas	_____	_____
Cuota inicial Resultante (*)	_____	_____

(*) Incluye \$ 0,60 por cada trabajador destinados al Fondo Fiduciario para Enfermedades Profesionales.

4. DETALLE DE LUGARES DE TRABAJO

LUGAR DE TRABAJO I: Ubicación / Domicilio Completo:

Calle: _____

Localidad: _____ CP: _____

Provincia: _____

Cantidad de trabajadores: _____ Teléfono/s: _____

LUGAR DE TRABAJO II: Ubicación / Domicilio Completo:

Calle: _____

Localidad: _____ CP: _____

Provincia: _____

Cantidad de trabajadores: _____ Teléfono/s: _____

5. CLÁUSULA PENAL - Por incumplimientos de denuncias del Empleador

\$ 0,00

6. LISTADO DE PRESTADORES

Nº 0800 de la A.R.T.: 0-800-222-2322

Página web: www.fedpat.com.ar/servicios/centrosmedicos

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 Tricalse polvo químico Extintor de Agua Otros _____

D) Riesgo químico:

Indique que elementos químicos utiliza habitualmente

Insecticidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuales? _____
Bencina	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
Raticidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuales? _____
Desinfectantes	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
Detergentes	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
Soda Cáustica	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
Desengrasantes	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
Hipoclorito de sodio (Lavandina)	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
Amoniaco	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
Acido clorhídrico muriático	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
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 mas de 2,00 mts? SI NO

¿Cuales? _____

¿Realiza tareas exteriores en altura, a más de 2,00 mts (Fachadas y frente s/ contra-frentes) SI NO

¿Cuales? _____

Escaleras con barandas SI NO

F) Ropa y elementos de trabajo:

Entrega indumentaria de trabajo SI NO

¿Cuales?: (Ej.: calzado, delantal, pantalón, camisa, vestido, etc) _____

Entrega de Elementos de Protección Personal SI NO

¿Cuales?: (Ej.: guantes, etc) _____

8. LUGAR Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN

Lugar: _____

Fecha: _____

Esta solicitud debe ser presentada en Federación Patronal Seguros S.A. antes de los 30 días contados desde la fecha de suscripción, fecha en la cual se produce su caducidad.

Firma y aclaración Empleador

Firma y aclaración Representante de la ART y/o Productor



CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA PRIMERA:

Las partes se someten durante la vigencia del presente contrato, en tanto sean aplicables al régimen instituido por la Ley N° 26.844, a dar cumplimiento a las obligaciones que resulten impuestas por las Leyes sobre Riesgos del Trabajo N° 24.557 y N° 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 NACION (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) horas 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. RENOVACION AUTOMÁTICA.

La vigencia del presente contrato será renovada automáticamente por el período 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:

COTIZACION.

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:

- 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 N° 24.557.
- Declarar ante la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (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 N° 26.844).
- 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 N° 24.557.
- 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 al damnificado a las prestaciones asistenciales.
- 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.
- 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 sea presentada la correspondiente rendición de gastos.

2) OBLIGACIONES A CARGO DE LA ASEGURADORA:

- Brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica al EMPLEADOR afiliado sobre la seguridad en el empleo y la prevención de accidentes en el ámbito laboral.
- Poner a disposición en sus páginas WEB material informativo relativo a la prevención de accidentes en el ámbito laboral.
- 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.
- Mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por cada lugar de trabajo, conforme lo informado por el empleador.
- Denunciar a los empleadores que no cumplan con su obligación de comunicar los siniestros laborales, de conformidad con lo establecido por el inciso a) del apartado 1° del artículo 31 de la Ley N° 24.557.
- 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. N° 735 de fecha 26 de junio de 2008, en el artículo 32 de la Ley N° 24.557 y la Resolución S.R.T. N° 10/97 y sus modificatorias.

CLAUSULA QUINTA:

RESCISION.

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

1.- POR EL EMPLEADOR, en los siguientes casos:

- Por cambio de Aseguradora, habiendo transcurrido SEIS (6) meses desde 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.
- 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 ASEGURADORA

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 3° del artículo 18 del Decreto N° 334/96, reglamentario del artículo 28 de la Ley N° 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 sufran 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 N° 24.557.-

En _____, a los _____ días del mes de _____ de 20_____

Firma y aclaración Empleador

Firma y aclaración Representante de la ART y/o Productor

CONDICIONES 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 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 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, 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.

En _____, a los _____ días del mes de _____ de 20_____

Firma y aclaración Empleador

Firma y aclaración Representante de la ART y/o Productor