

Fecha: _____

COTIZACIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO
LEY 24.557
RÉGIMEN GENERAL Y ESPECIAL PARA EMPLEADORES
DE PERSONAL DE CASAS PARTICULARES



DATOS DEL EMPLEADOR

C.U.I.T. N°	Nombre o razón social
Código de actividad según formulario A.F.I.P. N°150 (resolución A.F.I.P. N° 485/99)	
Descripción actividad real	

RÉGIMEN GENERAL

Cantidad total de trabajadores	(\$ Masa salarial sujeta a aportes
--------------------------------	------------------------------------

VALOR DE LA ALÍCUOTA

ALÍCUOTA		
Suma fija por trabajador	F.F.E.P.(*)	Porcentaje variable sobre masa salarial

(*) Fondo Fiduciario para Enfermedades Profesionales (Decreto N°1278/00)

Nota: La cotización de referencia tiene una vigencia de 30 días.

Bonificaciones especiales: N/A %

RÉGIMEN DE ALÍCUOTAS PARA SUPUESTOS ESPECIALES - Resolución 65/96 S.R.T. Y S.S.N. N° 24.573/96: ART. 1°.- El empleador que contare con más de un establecimiento celebrará un único contrato de afiliación. La alícuota se determinará de acuerdo con los procedimientos estipulados por la normativa que regula el régimen en general, entendiéndose que el nivel de cumplimiento, a los fines del encuadramiento en el régimen de alícuotas, será el que corresponda al establecimiento de menor nivel de cumplimiento; salvo que de común acuerdo el empleador y la Aseguradora establezcan como más representativo del estado de riesgo de la empresa en su conjunto, el nivel de cualquiera de los otros establecimientos.

RÉGIMEN ESPECIAL DE EMPLEADORES DE CASAS PARTICULARES

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 o más hs. semanales		
Cuota inicial resultante (*)		\$

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

En función a las alícuotas y los datos informados resultan las siguientes primas estimadas a pagar:

(\$) Cuota anual	Cláusula penal por incumplimientos de denuncias del empleador: \$ _____ - (Pesos _____)
(\$) Cuota mensual	
(\$) Cuota por trabajador	

Asimismo, si con posterioridad al inicio de vigencia de la cotización existiera un cambio legislativo por el cual la responsabilidad del asegurador se viera aumentada o extendida, las partes acuerdan entablar inmediatas negociaciones, con el objeto de adecuar los términos de la cotización a la nueva situación para neutralizar los perjuicios que ésta irroge. Si no llegara a un acuerdo entre las partes en el término de 30 días de convocada la reunión, la aseguradora está facultada a la rescisión de la cotización original (quedará sin efecto la mencionada cotización).

IMPORTANTE

Este documento carece de carácter obligacional. La presente cotización tiene carácter informativo y no puede invocarse cobertura hasta tanto no se suscriba la solicitud de cobertura, cuya fecha no será anterior a la fecha de la presente.

PARA INICIAR EL PROCESO DE AFILIACIÓN COMPLETE Y PRESENTE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

- > Completar la Solicitud de Afiliación, confeccionada por un representante de Provincia ART.
- > Si la empresa cuenta con más de un local, filial o lugar de riesgo (establecimientos), completar el formulario de Ubicación de Riesgo. (*)
- > Presentar las constancias de Alta temprana de la A.F.I.P. - "Mi simplificación". Si la empresa posee más de 35 trabajadores, adjuntar el listado que surge de la página web de A.F.I.P. con los movimientos realizados por "Mi simplificación". (*)
- > Deberá presentar el D.N.I. del titular, firmado por el titular y el representante de Provincia ART.
- > Completar los formularios de RGRL (Resolución 463/09 y 529/09), en función de sus establecimientos y la actividad de cada uno de ellos. (*)
- > Completar el formulario de Exposición a Riesgos Químicos, Físicos y/o Biológicos y Nómina de Personal Expuesto (Res. SRT 37/2010), utilizando un formulario para cada establecimiento. (*)
- > Completar el formulario de Declaración Jurada de Personas Expuestas Políticamente (PEP).

(*) Excepto para el caso de personal de casas particulares.

Fecha: _____

COTIZACIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO
LEY 24.557
REGÍMENES GENERAL Y ESPECIAL PARA EMPLEADORES
DE PERSONAL DE CASAS PARTICULARES



DATOS DEL EMPLEADOR

C.U.I.T. N° Nombre o razón social

RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL



VALOR COTIZADO
Alícuota variable
Cuota inicial
Suma asegurada

- > Cobertura: Responsabilidad civil por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en exceso de las prestaciones otorgadas por la Ley 24.557.
- > Descubierto obligatorio: 10% del monto indemnizable, con un mínimo del 1% y un máximo del 5% de la suma asegurada.
- > Límite máximo anual: Hasta tres veces la suma asegurable por trabajador.
- > Premio anual: El costo en \$, resultante de los factores aplicables establecidos.
- > Tipo de facturación: Mensual, conforme altas y bajas de cápitass.