



Traspaso  Nuevo

C.U.I.T N°: 30-68589307/6  
 N° A.R.T. 0001-9

N° \_\_\_\_\_

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ las partes que se detallan en el ANEXO I, firmando dos ejemplares de un mismo tenor, convienen celebrar el presente Contrato de Afiliación, sujeto a las cláusulas y condiciones siguientes:

**PRIMERA:** Las partes contratantes se someten a lo normado por la Ley 24.557, sus Reglamentaciones, a las disposiciones del presente contrato y a las condiciones particulares integrantes del mismo que las partes suscriben por separado como ANEXOS I, II y III. En ningún caso las condiciones particulares podrán ser contrarias a lo dispuesto en la normativa precitada y a las cláusulas del presente contrato.

**SEGUNDA:** La Aseguradora se obliga a dar cumplimiento a todas las obligaciones que le impone la Ley de Riesgos del Trabajo Nro. 24.557 y sus reglamentaciones, tanto sea en relación al asegurado como a los trabajadores dependientes del mismo, respecto a las contingencias ocurridas durante la vigencia del presente contrato, sin perjuicio de los demás deberes y prohibiciones establecidas por la normas mencionadas.

**TERCERA:** La vigencia del presente contrato será de un (1) año contado a partir de la fecha que expresamente se estipula en las condiciones particulares establecidas en el ANEXO I, siendo renovable automáticamente por periodos iguales, salvo decisión o aviso en contrario del Empleador, realizado por medio fehaciente con treinta (30) días de antelación a la finalización del contrato. La renovación automática no afectará lo acordado por las partes, respecto del Plan de Mejoramiento.

**CUARTA:** El Empleador abonará una cuota convenida, que se ajustará al régimen de alícuotas aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación. El monto de dicha cuota se conformará con una suma fija por cada trabajador, más el porcentaje a aplicar sobre las remuneraciones sujetas a cotización. La cuota será declarada e ingresada durante el mes en que se brinden las prestaciones con las modalidades, plazos y condiciones establecidas para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social. La mora será automática en el pago de las cuotas y devengará, a cargo del Empleador, los intereses correspondientes que generan las deudas impositivas nacionales.

**QUINTA:** El Empleador, mediante el ANEXO II, informa a la Aseguradora, con carácter de declaración jurada la nómina de trabajadores dependientes, y su remuneración bruta. Asimismo, deberá informar mediante declaración jurada complementaria las altas y las bajas que se produzcan con posterioridad. El alta de un trabajador será informada en el momento de la incorporación, sin perjuicio de su cobertura en los términos de la Ley Nro. 24.557. La información requerida en los párrafos anteriores, podrá efectivizarse por cualquier medio fehaciente. La baja de un trabajador será informada dentro de los diez (10) días de producción del distracto por cualquier causa.

**SEXTA:** El Empleador califica en el nivel \_\_\_\_\_, de los cuatro niveles determinados por el cumplimiento de la normativa de Higiene y Seguridad, conforme el Decreto Nro. 170/96 y las Resoluciones de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. El Plan de Mejoramiento se incorporará y formará parte del presente contrato, una vez suscripto por parte del Empleador y la Aseguradora. El Empleador estará obligado a cumplir con lo dispuesto en dicho Plan y en caso de incumplimiento se le aplicará el régimen de sanciones pertinentes. El cumplimiento de los objetivos acordados en el Plan de Mejoramiento, dará derecho al Empleador a calificar en el nivel superior, provocando dicho hecho la correspondiente modificación de la alícuota a pagar. Lo dispuesto será de aplicación al mes siguiente de comunicada fehacientemente esta circunstancia a la Aseguradora. Si el Empleador se autocalicifica en un nivel superior al que le corresponde, deberá abonar la diferencia de alícuota a la Aseguradora, con más los intereses indicados en la cláusula CUARTA y una multa equivalente al 50 % de dicha diferencia de alícuota, con destino al Fondo de Garantía previsto en la Ley Nro. 24.557.

**SEPTIMA:** En el ANEXO III se detalla el listado de Prestadores a través de los cuales la Aseguradora dará cumplimiento a todas y cada una de las prestaciones en especie, el que deberá mantenerse permanentemente actualizado por parte de la Aseguradora. Este podrá ser modificado por la Aseguradora, previo conocimiento de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (Esta obligación se circunscribe a los Prestadores correspondientes a la Provincia donde se encuentra localizada la Empresa. Sin perjuicio de ello, la Aseguradora deberá tener a disposición de los Empleadores, el listado completo de Prestadores que brindan

cobertura a nivel nacional.

**OCTAVA:** Solo 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 podrá disponer por sí la atención del accidentado, dando inmediato aviso a la Aseguradora. En este supuesto, la Aseguradora reintegrará los gastos derivados de prestaciones en especie realizados en un plazo de diez (10) días desde que le sea presentada la correspondiente rendición de gastos.

**NOVENA:** El presente contrato podrá ser rescindido por las partes conforme se establece a continuación: 1- Por el Empleador, en los siguientes casos: a) Habiendo transcurrido seis (6) meses de vigencia del presente, con aporte efectivamente realizado. Este derecho podrá ser ejercido una vez por año. Esta facultad, podrá ser ejercida nuevamente, transcurrido un año de efectuado el cambio de Aseguradora por esta causa. b) Por el cese de la actividad del establecimiento o explotación. c) Cuando el Empleador no tenga más trabajadores en relación de dependencia. 2- Por la Aseguradora, en los siguientes casos: a) Cuando el Empleador adeude dos (2) cuotas mensuales consecutivas o alternadas, o acumule una deuda total equivalente a dos (2) cuotas, tomando como referencia la de mayor valor en el último año, siempre y cuando haya intimado el pago de las sumas adeudadas, en un plazo no inferior a cinco (15) días corridos. Cuando las partes ejerzan el derecho de rescisión que les confiere la presente cláusula, la misma se producirá desde la fecha en que notifiquen fehacientemente esa decisión a la otra parte.

**DECIMA:** El Empleador que no formule denuncia de los hechos comprendidos en el capítulo III de la Ley Nro. 24.557 dentro de los plazos que establece la reglamentación, deberá abonar a la Aseguradora, en concepto de cláusula penal la cantidad de AMPO indicadas en el ANEXO I, salvo que la omisión de la denuncia en el plazo establecido, no sea imputable al Empleador.

**DECIMO PRIMERA:** Cualquier controversia que se suscite entre las partes, con relación al contenido y/o ejecución del Plan de Mejoramiento, será sometida a resolución de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, la que será inapelable para las partes. Sin perjuicio de ello, las partes podrán acordar someter el diferendo a arbitraje de un arbitro componedor, sortado de un Registro de Arbitros habilitado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

**DECIMO SEGUNDA:** Las partes constituyen los siguientes domicilios especiales a los efectos de este contrato, donde en adelante se considerarán válidas, todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales: la Aseguradora en Carlos Pellegrini 1023, Piso 3 C1009ABU Capital Federal y el Empleador en: En caso de que el domicilio constituido no existiere o desapareciere, se alterare o suprimiere su numeración, se considerará automáticamente constituido en la sede de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, donde quedará notificado de pleno derecho de todos los actos, dictámenes o resoluciones que ella emitiere.

**DECIMO TERCERA:** Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, se sustanciará ante los Tribunales competentes, conforme lo establecido en el art. 46 de la Ley de Riesgos del Trabajo Nro. 24.557.

**DECIMO CUARTA:** La nómina del personal (Diskette o Formulario) a la que se refiere la cláusula QUINTA obra en poder de la Administradora, formando parte del presente contrato.

**DECIMO QUINTA:** Las partes acuerdan, que en caso de ser técnicamente justificada, y conforme al procedimiento establecido por la Dirección General Impositiva, modificarán la clasificación de la C.I.J.U., estableciendo la nueva clasificación en el ANEXO I.

**DECIMO SEXTA:** El empleador declara no haber suscripto anteriormente otro Contrato de Afiliación.

**DECIMO SEPTIMA:** En caso que un empleador afiliado solicitara la rescisión del Contrato, por las causales establecidas en el artículo 15, punto 2, apartados a) y b) del Decreto 334/96, la Aseguradora deberá requerir la presentación del comprobante a través del cual solicitó la baja ante la D.G.I. o declaró no tener trabajadores en relación de dependencia; dejando copia del mismo en el legajo.

**DECIMO OCTAVA:** A las alícuotas informadas se le deben adicionar \$0,60 por empleado por mes para conformar el Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales según decreto 590/97 y 1278/00

**CLAUSULA PARA TRASPASOS**

Por medio del presente expreso mi voluntad de afiliarme a Berkley International ART, a su vez les comunico los datos de mi anterior ART:

Nombre ART anterior: \_\_\_\_\_ % Tarifa: \_\_\_\_\_ \$ Tarifa: \_\_\_\_\_  
 N° contrato ART anterior: \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_

**Anexo I**

**DATOS DE LA EMPRESA**

Vigencia: \_\_\_\_\_ Desde / / Hasta: / /  
 N° C.U.I.T.: \_\_\_\_\_  
 N° Forma Jurídica: \_\_\_\_\_  
 Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_  
 Número: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Nombre del contacto: \_\_\_\_\_  
 Nombre Fantasia: \_\_\_\_\_  
 Código actividad Principal (C.I.I.U.): \_\_\_\_\_  
 Código actividad Secundaria - Cláusula 15°: \_\_\_\_\_  
 Descripción actividad: Actual \_\_\_\_\_  
 Colocar Actividad (Ciiu)  
 Secundaria \_\_\_\_\_

**DOMICILIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES DE LA ART**

Calle: \_\_\_\_\_  
 Número: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL**

**Empleados**

Admin.: \_\_\_\_\_ Operarios: \_\_\_\_\_  
 Masa Salarial: \_\_\_\_\_  
 Total Establecimientos: \_\_\_\_\_

**NIVEL DE SEGURIDAD - ALICUOTA**

	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Suma fija por empleado:				
% sobre nómina salarial:				

**NIVEL DE SEGURIDAD - ALICUOTA (Verificadas y aprobadas por Berkley International A.R.T. S.A.)**

	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV
Suma fija por empleado:				
% sobre nómina salarial:				

Las Alícuotas indicadas están sujetas a verificación y aprobación por Berkley International A.R.T. S.A. según las tarifas aprobadas por la S.R.T. En los casos en que se requiere inspección previa, también se encuentra sujeto a aplicación.

**DATOS DEL PRODUCTOR**

Código entidad: \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_  
 Código productor: \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_

**CLAUSULA PENAL POR OMISION DE LA DENUNCIA**

D.1: Por primera omisión: \_\_\_\_\_ Ampos  
 D.2: De 2 a 10 omisiones: \_\_\_\_\_ Ampos por cada omisión  
 D.3: Más de 10 omisiones: \_\_\_\_\_ Ampos por cada omisión

Sello, firma, aclaración y personería