

**SOLICITUD DE AFILIACION DE EMPLEADORES DE PERSONAL DE CASAS
PARTICULARES**

CONDICIONES PARTICULARES:

1.1.- DATOS DE LA ASEGURADORA

Nombre:
Código de A.R.T.: C.U.I.T. N°:
Domicilio constituido:
Localidad: Provincia: C.P.:
Teléfono/s: Fax: E-mail:
Firmante: Personería:
Datos complementarios:
Línea gratuita de consulta:
Domicilio, teléfono y e-mail para denunciar altas y bajas de trabajadores:
Domicilio, teléfono y e-mail para denuncias de accidentes durante las VEINTICUATRO (24) horas:
Domicilio, teléfono y e-mail para reclamos de empleadores y trabajadores:

1.2.- DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre:
C.U.I.T. N°:
Código de Actividad:
Fecha de Inicio de Actividad:
Domicilio constituido:
Localidad: Provincia: C.P.:
Teléfono/s: Fax:
E-Mail:
Firmante: Documento Nacional de Identidad N°:
Personería invocada:

2.- VIGENCIA: .

Desde el: / / , hasta el: / / .

EL CAMPO DE 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 SUSCRIPCION DEL PRESENTE CONTRATO DE AFILIACION.
LA VIGENCIA DE LOS CONTRATOS ASIGNADOS DE OFICIO SERÁ A PARTIR DE LAS CERO (0) HORAS DEL DIA INMEDIATO POSTERIOR A LA FECHA EN QUE LA S.R.T. PONGA A DISPOSICION LOS DATOS DE DICHA ASIGNACION.

3.- ALICUOTA: SEGUN RANGO DE HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE CONFORME FORMULARIO (AFIP) 102/B

Horas trabajadas semanalmente	Cantidad de Trabajadores	Alicuota
Menos de 12 hs. semanales		
Desde 12 a menos de 16 hs. semanales		
16 o mas hs. semanales		
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:

Localidad:

Provincia.:

C.P.:

Cantidad de trabajadores:

Teléfono/s:

LUGAR DE TRABAJO II:

Ubicación/Domicilio Completo:

Localidad:

Provincia.:

C.P.:

Cantidad de trabajadores:

Teléfono/s:

5.- CLAUSULA PENAL POR INCUMPLIMIENTOS DE DENUNCIAS DEL EMPLEADOR

PESOS:

6.- LISTADO DE PRESTADORES (A completar por la A.R.T.)

Nro. 0800 DE LA A.R.T.

PAGINA WEB DE LA A.R.T.

7.- DESCRIPCION 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 Triclase polvo químico // Extintor de Agua

Otros:

D) Riesgo químico

Indique que elementos químicos utiliza habitualmente

Insecticidas	SI/NO Cuales:
Bencina	SI/NO
Raticidas	SI/NO Cuales:
Desinfectantes	SI/NO
Detergentes	SI/NO
Soda Cáustica	SI/NO
Desengrasantes	SI/NO
Hipoclorito de sodio (Lavandina)	SI/NO
Amoniaco	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 Cuáles:
Realizan tareas exteriores en altura, a más de 2,00 mts (Fachadas y frentes/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 SUSCRIPCION:

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

FIRMA EMPLEADOR

FIRMA REPRESENTANTE DE LA A.R.T.

OBSERVACION: la Solicitud de Afiliación, deberá llevar impresas en su reverso en letra fácilmente legible, las condiciones generales del contrato, con el fin de poner en conocimiento del empleador todas las condiciones a las que se somete.