

**CONVENIO INTERADMINISTRATIVO ENTRE HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE  
LA NACIÓN Y NACIÓN SEGUROS S.A.**

Entre la **HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN** (en adelante, HCDN), representada por el Cdor. Jorge Horacio AMARFIL, D.N.I. N° 14.040.042, en su carácter de Director General Administrativo Contable, con domicilio legal en la calle Riobamba N° 25, piso 6°, Anexo "C", de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; y **NACIÓN SEGUROS S.A.** (en adelante, NACIÓN SEGUROS), representada por el Ingeniero Carlos Alberto SORIA, D.N.I. N° 11.299.187, en su carácter de Apoderado, con domicilio en la calle San Martín N° 913, piso 5°, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; denominándose conjuntamente como las "PARTES", quienes suscriben al pie, acuerdan celebrar el presente convenio interadministrativo (en adelante, el CONVENIO), sujeto a las siguientes cláusulas:

**PRIMERA: OBJETO**

El presente CONVENIO tiene por objeto la contratación por parte de la HCDN de un seguro de Accidentes Personales para los agentes que prestan servicios en la Dirección General de Prensa y Comunicación de la HCDN, con vigencia anual, conforme las condiciones y coberturas detalladas en el Anexo I del presente CONVENIO.

**SEGUNDA: PREMIO DEL SEGURO**

El importe mensual por persona, en concepto de premio del seguro mencionado en la Cláusula Primera, cuya póliza se emitirá como consecuencia del presente CONVENIO, se fija en la suma de PESOS MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE CON SETENTA Y CUATRO CENTAVOS (\$1.197,74.-) por agente.

**TERCERA: FORMA DE PAGO**

El premio facturado del presente CONVENIO será pagadero de contado, mediante transferencia bancaria a la Cuenta Corriente N° 46309/66, de titularidad de NACIÓN SEGUROS S.A, CUIT 30-67856116-5, del Banco de la Nación Argentina, Sucursal 0085 Plaza de Mayo, CBU 01105995-20000046309664, dentro de los TREINTA (30) días corridos contados a partir del envío de las respectivas facturas a la casilla: [meda.dgac@hcdn.gob.ar](mailto:meda.dgac@hcdn.gob.ar).

El comprobante de la transferencia efectuada deberá remitirse mediante correo electrónico a la casilla: [cobranzasvida@nacion-seguros.com.ar](mailto:cobranzasvida@nacion-seguros.com.ar) , [fbareiro@nacion-seguros.com.ar](mailto:fbareiro@nacion-seguros.com.ar) indicando el número de la póliza a la que aplica la misma.

**CUARTA: VIGENCIA**

La póliza de seguro que se emita como consecuencia de la celebración del presente CONVENIO tendrá una vigencia de DOCE (12) meses, a partir de las 00:00hs del 1 de marzo de 2024 hasta las 00:00hs del 1 de marzo de 2025.

El seguro deberá cubrir los siniestros acaecidos durante su vigencia, aun cuando el reclamo se produjera con posterioridad al vencimiento de los mismos, en un todo conforme con las cláusulas de la póliza de seguro que NACIÓN SEGUROS emita como consecuencia del presente CONVENIO.

#### **QUINTA: COMUNICACIÓN DE ALTAS Y BAJAS**

La HCDN podrá solicitar a NACIÓN SEGUROS modificaciones respecto de las personas aseguradas, las cuales se deberán formalizar mediante comunicación fehaciente. A tal fin, la HCDN deberá remitir, mensualmente (hasta el día 23 de cada mes), un listado a NACIÓN SEGUROS que deberá contener las nuevas altas, las bajas y aquellos asegurados que continúan en tal carácter. Con la información recibida, NACIÓN SEGUROS procederá al envío de la facturación correspondiente para su pago.

#### **SEXTA: ADHESION A PÓLIZA ELECTRÓNICA**

La póliza de seguro contratada deberá remitirse por vía electrónica, dentro de los QUINCE (15) días hábiles de la firma del presente Convenio, a la dirección de correo electrónico: [dptocompras.dgac@hcdn.gob.ar](mailto:dptocompras.dgac@hcdn.gob.ar). No regirá la presunción de aceptación de la póliza prevista del Art. 12 de la Ley N° 17.418 de Seguros, resultando de aplicación lo previsto en el artículo 65 del "Reglamento para la Contratación de Bienes, Obras y Servicios de la HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN" aprobado por la Resolución Presidencial N° 1073/18, sus modificatorias y complementarias, para la conformidad de la recepción de la póliza referida.

#### **SÉPTIMA: RÉGIMEN LEGAL APLICABLE**

A todos los efectos legales, será de aplicación al presente CONVENIO el Pliego de Bases y Condiciones Generales aprobado mediante Disposición de Secretaría Administrativa N° 354/18; y el "Reglamento para la Contratación de Bienes, Obras y Servicios de la HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN" aprobado por la Resolución Presidencial N° 1073/18, sus modificatorias y complementarias, la póliza que se emita en virtud del presente, las Leyes N° 17.418 y N° 20.091 y sus normas modificatorias o complementarias que resulten aplicables al contrato de seguro que se celebra.

#### **OCTAVA: PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN**

La contratación del seguro objeto del presente CONVENIO se lleva a cabo mediante el Procedimiento de Contratación Directa – Interadministrativa N° 1/2024, normado mediante los artículos 9º, inciso 5) apartado b) - 5 y 87, inciso 5) del citado Reglamento de Contrataciones entre la HCDN y NACIÓN SEGUROS – Casa Central, Gerencia de Ventas Canal Organismos Públicos -, es decir, sin participación de intermediario alguno.

#### **NOVENA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA**

La HCDN manifiesta que el gasto que le demande el cumplimiento del presente CONVENIO será atendido con cargo al crédito de la partida presupuestaria 3.5.4., del presente ejercicio.

#### **DÉCIMA: RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Para todos los efectos legales, judiciales y extrajudiciales emergentes del presente CONVENIO, las PARTES aceptan someterse a la jurisdicción de los Tribunales Nacionales en lo Contencioso Administrativo Federal con asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, renunciando expresamente a todo otro fuero que les pudiere corresponder constituyendo domicilio en los indicados en la Cláusula Décima Primera del presente, donde se tendrán por validas todas las notificaciones.

### **DÉCIMO PRIMERA: NOTIFICACIONES**

Las PARTES constituyen domicilio en los denunciados en el encabezado del presente CONVENIO.

Asimismo, la HCDN constituye domicilio electrónico en [dptocompras.dgac@hcdn.gob.ar](mailto:dptocompras.dgac@hcdn.gob.ar) y NACIÓN SEGUROS en [notificacionspn@nacion-seguros.com.ar](mailto:notificacionspn@nacion-seguros.com.ar); GGIUSEPPETTI@nacion-seguros.com.ar.

Cualquier notificación cursada en los domicilios constituidos, tanto en el encabezado como en la presente cláusula, será válida y tendrá los mismos efectos.

La modificación de cualesquiera de estos domicilios deberá ser comunicada a la otra parte por medio fehaciente.

### **DÉCIMO SEGUNDA: IMPUESTO DE SELLOS**


Las PARTES dejan constancia de que el presente CONVENIO se celebra en virtud de lo dispuesto por el inciso 5) del artículo 87 del Reglamento de Contrataciones mencionado, a los fines de contratar los seguros detallados en la Cláusula Primera del presente, los cuales se integran con la emisión de las pólizas como un solo contrato, por contener ambos documentos el mismo hecho imponible generador de la obligación tributaria del pago del impuesto de sellos, previsto en el Título XV, Capítulo I del Código Fiscal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (T.O. 2020).

Teniendo en consideración que la HCDN, como una de las Cámaras integrantes del Poder Legislativo del Estado Nacional, se encuentra exenta del pago de dicho impuesto, en virtud de lo previsto en el artículo 43, apartado 1) del referido Código Fiscal, las PARTES dejan constancia de que el CINCUENTA POR CIENTO (50%) del impuesto deberá ser abonado por NACIÓN SEGUROS con la emisión de las pólizas respectivas.

En prueba de conformidad, se suscriben DOS (2) ejemplares del mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los            días del mes de            de 2024.

SORIA Carlos  
Alberto

Firmado digitalmente  
por SORIA Carlos  
Alberto  
Fecha: 2024.02.09  
15:09:00 -03'00'

  
**Cr. JORGE H. AMARFIL**  
**DIRECTOR GENERAL**  
DIREC. GRAL. ADMINISTRATIVO CONTABLE  
H. CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION

# ANEXO I



**Fecha:** 07/02/2024

**Cotización N°** 16.544-3

**Contratante:** HONORABLE CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION

Nos dirigimos a Ustedes con el fin de acercarles una propuesta de cobertura para vuestro personal vinculado, con importantes beneficios y coberturas acordes a sus necesidades.

En Nación Seguros S.A. contamos con una amplia red que nos permite llegar a través de nuestro servicio a cualquier punto del país para asesorarlo en forma personalizada y llevar adelante todo lo referido al circuito operativo que requiere la contratación de un seguro de accidentes personales, (altas y bajas, recopilación de información adicional, llenado de solicitudes, etc.) Además, le ofrecemos la trayectoria y el sólido respaldo que sólo una compañía del Banco de la Nación Argentina puede otorgarle.

En esta oportunidad, le hacemos llegar la propuesta con las Coberturas solicitadas:

### **NACION ACCIDENTES PERSONALES**

**Personas Asegurables:** Agentes que prestan servicios en la Dirección General de Prensa y Comunicación de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, vinculados con el contratante.

**Actividades:** Reporteros, técnicos hasta 6 metros y administrativos dentro y fuera de oficina.

#### **Cobertura Básica:**

- Fallecimiento por Accidente

NACION SEGUROS pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente cubierto dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo.

#### **Coberturas Adicionales:**

- Invalidez Total y Parcial Permanente por Accidente

Si a consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez permanente con prescindencia de su actividad o profesión, NACION SEGUROS pagará una suma igual al porcentaje sobre la indemnización establecida, que corresponda de acuerdo con la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según lo indicado en la escala definida en las Condiciones de póliza.

- Asistencia Médico – Farmacéutica:

Esta cobertura ampara hasta la suma prevista, el reembolso de los gastos de asistencia médico-farmacéutica en que haya incurrido razonablemente el Asegurado prescripta por el facultativo, con motivo de todo accidente cubierto por la póliza.

#### **Capitales Asegurados:**

Fallecimiento por accidente	\$5.000.000.-
Invalidez Total y parcial permanente por accidente	\$5.000.000.-
Asistencia Médico – Farmacéutica:	\$1.000.000.- Deducible 2%, Mínimo: \$200

**Alcance de la cobertura:** Jornada Laboral e In Itinere.

<b>Edad mínima de ingreso al seguro:</b>	14 años inclusive.
<b>Edad máxima de ingreso al seguro:</b>	71 años inclusive.
<b>Edad máxima de permanencia en póliza:</b>	72 años inclusive.

**Beneficiarios:** Designados por el asegurado.



**Costo mensual del seguro por persona:** \$1.197,74.- (\*)

(\*) No Incluye sellados, percepción IVA ni Ingresos Brutos.

**Periodo de cobertura:** Anual.

**Forma de pago:** 12 cuotas.

**Adhesión:** 100%

**Nota 1:** 1. Se deja expresa constancia que la altura máxima de los trabajos es de 6 (seis) metros y en los trabajos en profundidad de 3 (tres) metros. Deberá utilizarse cinturones de seguridad con cables salvavidas amarrados a un punto fijo que sea independiente de la plataforma.

2. Se deja expresa constancia que se excluye los trabajos con alta y media tensión.

3. Se deja expresa constancia que se excluyen trabajos periodísticos en zona de conflicto armado.

**Nota 2:** Quedan cubiertos únicamente a aquellos accidentes que ocurran al Asegurado en día, horario y lugar de trabajo en el cual el Asegurado participa, y en ocasión del mismo, o en el trayecto habitual desde su hogar hasta el establecimiento donde desarrolla las actividades laborales.

Queda excluido todo accidente que ocurra fuera de la limitación espacial y temporal mencionada en el párrafo anterior, o fuera del trayecto habitual desde el hogar del asegurado hasta el lugar donde desarrolla las actividades laborales.

**Nota 3:** Se deja constancia que se incluyen los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos. Se entiende por motocicletas y vehículos similares a motocicletas, triciclos motorizados, cuatriciclos motorizados y bicicletas motorizadas.

Se deberá contar con la vestimenta adecuada y las medidas de seguridad según las normas vigentes de tránsito.

**Nota 4:** Las coberturas adicionales se otorgarán hasta los 72 años de edad inclusive.

**Nota 5:** Se recuerda que al momento de recibir la póliza se deberá cotejar cualquier diferencia que pueda existir dentro de un plazo de 30 días.

**Quedan excluidos de este Seguro:**

1. Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por las picaduras de insectos, salvo lo especificado en el punto 1 del Artículo 35.

2. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radioactivo, u originada en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo salvo los casos contemplados en el punto 1 del Artículo 35; insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamiento; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el punto 1 del Artículo 35, o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

3. Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.

No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.

4. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto 1 del Artículo 35, o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

5. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas o contiendas de carácter excepcional, de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.

6. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, ya sea en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.

7. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares que no hayan sido específicamente incluidos en esta cobertura, o de la práctica de deportes riesgosos que no hayan sido expresamente cubiertos





en las Condiciones Particulares. Se entiende por motocicletas y vehículos similares a motocicletas, triciclos motorizados, cuatriciclos motorizados y bicicletas motorizadas.

8. Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.

9. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

10. Los accidentes que le ocurran al Asegurado mientras participe en su condición de integrante de las Fuerzas Armadas y que hayan sido provocados durante tumultos populares, rebelión, sedición, motín, insurrecciones y maniobras militares con simulacros de combate. Para el personal de la fuerza Aérea o de la Aviación Militar o naval se excluyen expresamente los accidentes derivados de la navegación aérea según se establece en las disposiciones de la Ley de Seguros y/o cuando realicen prácticas de paracaidismo.

11. Suicidio o su tentativa, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental. Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en este Artículo, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

### **CLÁUSULA DE INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE RIESGO NO CUBIERTO**

Esta póliza no cubre:

1.-Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

2.-Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

### **ENDOSO A LA COBERTURA DE ACCIDENTES POR EL USO DE MOTOCICLETAS U OTROS EN EL IN ITINERE**

#### **1. Riesgo Cubierto**

En caso de aplicarse este endoso, el Asegurado quedará amparado por cada una de las coberturas previstas en esta póliza cuando el accidente ocurra en ocasión de uso de motocicletas, motonetas, triciclos motorizados, bicicletas motorizadas o ciclomotores en el in itinere.

#### **2. Personas Aseguradas**

A los efectos de este endoso revisten carácter de Asegurables todas las personas que presten un servicio laboral activo al Tomador de la póliza en forma dependiente o independiente.

No se asegurarán bajo esta cobertura a las personas que para desarrollar su trabajo deban utilizar motocicletas, motonetas, triciclos motorizados, bicicletas motorizadas o ciclomotores. Se consideran dentro de esta categoría, pero no excluyentemente, a los repartidores y mensajeros.

#### **3. Carácter del Beneficio**

Se podrá asegurar por un capital asegurado distinto al establecido en Condiciones Particulares para cada una de las coberturas contratadas, en cuyo caso deberá especificarse en Condiciones Particulares.

#### **4. Exclusiones**

Queda excluido todo accidente que ocurra cuando el Asegurado:

- A) se encuentre fuera del trayecto habitual desde el hogar del asegurado hasta el lugar donde desarrolla sus tareas laborales,
- B) se encuentre bajo los efectos del alcohol, o la influencia de estupefacientes o alcaloides,
- C) no respete las normas de seguridad vial ni use el casco al momento del accidente.

#### **5. Aplicación**

Este endoso podrá ser utilizado cuando el ámbito de cobertura esté circunscrito a lo laboral o laboral e in itinere.

#### **6. Definiciones**

Se entiende por accidente in itinere al siniestro que ocurre en el trayecto habitual desde el hogar del Asegurado hasta el establecimiento donde desarrolla sus tareas laborales, y viceversa.



**Documentación a presentar para la emisión de la póliza:**

- Fotocopia de credencial impositiva (Nº. de CUIT y condición ante el I.V.A.). En caso de ser agente de retención de I.V.A. R.G. Nº18, acreditar mediante fotocopia de la Nómina publicada en Boletín Oficial.
- En caso de estar excluido de la retención de I.V.A. R.G. Nº17, acreditar mediante fotocopia de constancia emitida por A.F.I.P.
- Constancia de Inscripción en Ingresos Brutos (Convenio local o multilateral). En caso de ser exento acreditar mediante fotocopia exención I.B.
- Orden de emisión con datos del contratante, vigencia y tipo de cobertura a contratar.
- Listado de las personas a asegurar con los datos necesarios de acuerdo al producto (nombre y apellido, DNI, actividad, fecha de nacimiento, etc.), en soporte magnético.

**La presente cotización tendrá validez de 60 días a partir de la fecha de emisión.**

Firmado digitalmente  
por SORIA Carlos  
Alberto  
Fecha: 2024.02.09  
15:10:01 -03'00'



**Cr. JORGE H. AMARFIL**  
**DIRECTOR GENERAL**  
DIREC. GRAL. ADMINISTRATIVO CONTABLE  
H. CAMARA DE DIPUTADOS DE LA NACION