

EMPLEADOR

Nombre: Domicilio: Localidad: C.P.: Provincia:

CAPITAL ASEGURADO: \$

ASEGURADO

Apellido y Nombres: Documento: Expedido por: C.U.I.L.: o Libreta de Ahorro N°: Fecha de Nacimiento: Domicilio: Localidad: C.P.: Provincia: Fecha de ingreso al empleo:

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y Fecha:

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

BENEFICIARIOS

- 1) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
2) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
3) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
4) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
5) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:

FIRMA DEL ASEGURADO O IMPRESIÓN DIGITAL

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EMPLEADOR

EMPLEADOR

Nombre: Domicilio: Localidad: C.P.: Provincia:

CAPITAL ASEGURADO: \$

ASEGURADO

Apellido y Nombres: Documento: Expedido por: C.U.I.L.: o Libreta de Ahorro N°: Fecha de Nacimiento: Domicilio: Localidad: C.P.: Provincia: Fecha de ingreso al empleo:

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y Fecha:

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

BENEFICIARIOS

- 1) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
2) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
3) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
4) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
5) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:

FIRMA DEL ASEGURADO O IMPRESIÓN DIGITAL

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EMPLEADOR

EMPLEADOR

Nombre: Domicilio: Localidad: C.P.: Provincia:

CAPITAL ASEGURADO: \$

ASEGURADO

Apellido y Nombres: Documento: Expedido por: C.U.I.L.: o Libreta de Ahorro N°: Fecha de Nacimiento: Domicilio: Localidad: C.P.: Provincia: Fecha de ingreso al empleo:

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y Fecha:

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio.

BENEFICIARIOS

- 1) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
2) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
3) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
4) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:
5) Apellido y Nombres: Documento: Parentesco: Domicilio:

FIRMA DEL ASEGURADO O IMPRESIÓN DIGITAL

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE EMPLEADOR

RESUMEN DE CONDICIONES DEL SEGURO

Artículo 1º: Objeto

El seguro colectivo de vida obligatorio previsto en el Decreto N° 1.567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia.

Artículo 2º: Exclusiones

Quedan excluidos de esta cobertura:

- Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley 16.600.
- Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Artículo 3º: Prestaciones

La prestación establecida por el Decreto 1.567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo. Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a la prestación del seguro, una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

Artículo 4º: Contratación del Seguro.

Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1.567/74 autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscrita en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Artículo 5º: Prima. Suma Asegurada.

El costo del seguro estará a cargo del empleador.

Artículo 8º: Designación de Beneficiarios.

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios. La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los 15 (quince) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios". En el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado. En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley N° 24.241. El comprobante de Incorporación al seguro y de designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado. El original y duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado. El asegurador que pague conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

Artículo 15º: Liquidación del siniestro.

La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios de la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado. Si por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto se estará a lo reglado por los artículos 53º y 54º de la Ley N° 24.241. En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio. Los aseguradores liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten los siguientes elementos: 1- Partida de defunción del asegurado. 2- Constancia de CUIL del trabajador y de su incorporación a la nómina de empleados del tomador-empleador o declaración de Alta Temprana de AFIP. 3- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes como así también copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido. 4- Formulario de Designación de Beneficiarios. 5- En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley 24.241, debiendo presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición. 6- Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela. Completada la documentación indicada, el Asegurado tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio. Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o los reglados por los Artículos 53º y 54º de la Ley 24.241, o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora. Las entidades aseguradoras no podrán integrar las sumas debidas en concepto de indemnizaciones de otros seguros de vida con el beneficio instituido por el Decreto N° 1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

Artículo 29º: Prescripción.

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3º del Código Civil. Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley N° 17.418.