

TALÓN PARA EL EMPLEADOR

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO.1567/74

BENEFICIO S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS

N° de legajo, registro, ficha, etc.: _____

Nombre y Apellido _____

Tipo y N° de documento _____ C.U.I.L. (o N° de libreta de ahorro): _____

Expendido por: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Ingreso al Empleo: ____/____/____ **Capital Asegurado: \$ 382.250**

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: _____ C.U.I.T.: _____

Calle: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Apellido y nombre	Documento	Parentesco	Domicilio	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido)

_____/_____/_____
 Fecha Lugar Firma y aclaración del asegurado

TALÓN PARA LA ASEGURADORA

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO.1567/74

BENEFICIO S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS

N° de legajo, registro, ficha, etc.: _____

Nombre y Apellido _____

Tipo y N° de documento _____ C.U.I.L. (o N° de libreta de ahorro): _____

Expendido por: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Ingreso al Empleo: ____/____/____ **Capital Asegurado: \$ 382.250**

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: _____ C.U.I.T.: _____

Calle: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Apellido y nombre	Documento	Parentesco	Domicilio	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido)

_____/_____/_____
 Fecha Lugar Firma y aclaración del asegurado

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

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO.1567/74

BENEFICIO S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS

N° de legajo, registro, ficha, etc.: _____

Nombre y Apellido _____

Tipo y N° de documento _____ C.U.I.L (o N° de libreta de ahorro): _____

Expedido por: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Ingreso al Empleo: ____/____/____ **Capital Asegurado: \$ 382.250****DOMICILIO PARTICULAR:**

Calle: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: _____ C.U.I.T: _____

Calle: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Apellido y nombre	Documento	Parentesco	Domicilio	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido)

_____/____/____ Fecha
 _____ Lugar
 _____ Firma y aclaración del empleador

ARTICULO 5º: PRIMA. SUMA ASEGURADA

El Costo del seguro estará a cargo del empleador

ARTICULO 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, domicilio, tipo y nro. 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 54 º de la Ley Nro. 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 quedarán 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. Cuando el empleado asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designo a los herederos. El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTICULO 15º: LIQUIDACION FRENTE AL SINIESTRO

La aseguradora deberá requerir del tomador que acredite haber notificado fehacientemente de la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado, y dirigida a los presuntos herederos y/o beneficiarios. Si por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto se estará, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54 º de la Ley Nro. 24.241.

En ésta notificación de 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 con 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 formado por el empleador fallecido.
- 4) Formulario de Designación de Beneficiarios
- 5) En caso de no existir designación de beneficiario o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54 º de la Ley Nro. 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 Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio. Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, herederos judicialmente declarados o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora

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 Nro. 1567/74, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley 17.418