

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74		N.legajo, registro, ficha, etc.
Compañía Aseguradora: PARANA SEGUROS S.A		Póliza :
Nombre y Apellido :		Endoso :
Documento :		C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)
Fecha de Nacimiento	Capital Asegurado	Fecha de Ingreso al empleo
Domicilio particular : Calle : Cod. Postal : Localidad : Provincia :		
Empleador :		
Domicilio particular : Calle : Cod. Postal : Localidad : Provincia :		
BENEFICIARIO :		
Parentesco	Nombre y Apellido	Documento %
<p>Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.</p>		
Lugar y Fecha :	Firma del Asegurado : (o impresión digital)	

ARTICULO 1 – OBJETO

El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 1567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia, cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Único de la Seguridad Social.

ARTICULO 2 – EXCLUSIONES

Quedan excluidos de esta cobertura:

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

ARTICULO 3 – PRESTACION

La prestación establecida por el Decreto N° 1567/74 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.

ARTICULO 5 - PRIMA - SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN DE CAPITAL ASEGURADO – AJUSTE DE PRIMAS

El costo del seguro estará a cargo del empleador.

La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, se expresarán en moneda de curso legal.

ARTICULO 8 - DESIGNACION 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" que como Anexo ii) forma parte del presente.

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 53° y 54° de la Ley N° 24.241.

A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.

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.

ARTICULO 15 - LIQUIDACION DEL SINIESTRO

La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios 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 deviniera ineficaz o quedase sin efecto, se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente, según lo reglado por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8 del presente Reglamento.

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.

Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:

- 1)Partida de defunción del empleado, fotocopia autenticad,
- 2)Constancia de CUIL del empleado,
- 3)Declaración de Alta Temprana de AFIP, copia de nómina de empleados del tomador-empleador y F 931 con boleta de depósito, correspondientes al mes de ocurrencia de fallecimiento.
- 4)Constancia de pago del premio.
- 5)Copia certificada por empleador del último recibo de haberes o liquidación final.
- 6)Copia certificada por empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
- 7)Formulario de Designación de Beneficiarios. En caso de no existir, copia autenticada del testimonio de la declaración de herederos o del auto de aprobación testamento.
- 8)Fotocopia de la 1ra. y 2da. Hoja de DNI de cada una de las personas designada cómo beneficiarias.
- 9)Fotocopia completa de la Libreta de Matrimonio.
- 10)Fotocopia de un documento del fallecido que avale su firma.
- 11)Teléfonos de los beneficiarios.
- 12)Para el caso de muerte accidental, copia de la constancia Policial o Judicial de los hechos.

TALON PARA EL EMPLEADOR

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74		N.legajo, registro, ficha, etc.
Compañía Aseguradora: PARANA SEGUROS S.A		Póliza :
Nombre y Apellido :		Endoso :
Documento :		C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)
Fecha de Nacimiento	Capital Asegurado	Fecha de Ingreso al empleo
Domicilio particular : Calle : Cod. Postal : Localidad : Provincia :		
Empleador :		
Domicilio particular : Calle : Cod. Postal : Localidad : Provincia :		
BENEFICIARIO :		
Parentesco	Nombre y Apellido	Documento %
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.		
Lugar y Fecha :	Firma del Asegurado : (o impresión digital)	

TALON PARA EL EMPLEADOR

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74		N.legajo, registro, ficha, etc.
Compañía Aseguradora: PARANA SEGUROS S.A		Póliza :
Nombre y Apellido :		Endoso :
Documento :		C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)
Fecha de Nacimiento	Capital Asegurado	Fecha de Ingreso al empleo
Domicilio particular : Calle : Cod. Postal : Localidad : Provincia :		
Empleador :		
Domicilio particular : Calle : Cod. Postal : Localidad : Provincia :		
BENEFICIARIO :		
Parentesco	Nombre y Apellido	Documento %
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.		
Lugar y Fecha :	Firma del Asegurado : (o impresión digital)	