

ANEXO II

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO.DTO.1567 /74			N. legajo,registro,ficha,etc.		
Compañía Aseguradora:					
Nombre y Apellido:					
Documento: Tipo: .Nro.			C.U.I.L.:		
Expedido por:			(o Nro. Libreta de Ahorro)		
Fecha de Nacimiento		Capital Asegurado	Fecha de Ingreso al empleo		
Día	Mes		Año	Día	Mes
Domicilio Particular					
Calle:.....Nro.:.....Piso:.....Dto.:.....Cod.Postal:.....					
Localidad:.....Pcia:.....					
Empleador:					
Domicilio empleador:					
Calle:.....Nro.:.....Piso:.....Dto.:.....Cod.Postal:.....					
Localidad:.....Pcia:.....					
BENEFICIARIO:					
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio		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 impresion digital)		
<p>ARTICULO 1°.- OBJETO El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nro. 1567/74, cubre el riesgo de muerte e incluye suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia.</p> <p>ARTICULO 2°.- EXCLUSIONES Quedan excluidos de esta cobertura. a. Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley 16.600. b. Los trabajadores contratados por un termino menor a un mes.</p> <p>ARTICULO 3°.- PRESTACION La prestación establecida por el Decreto 1.587/74 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, solo 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.</p> <p>ARTICULO 4.- CONTRATACION DEL SEGURO - RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR Las pólizas de Seguros Colectivos de Vida Obligatorio Decreto 1.587/74 autorizadas a las entidades, serán formadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de caracter público que lleva SuperIntendencia de Seguros de la Nación. El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio, ante la falta de concertación del seguro.</p> <p>ARTICULO 5°.- PRIMA SUMA ASEGURADA El costo del seguro estará a cargo del empleador.</p>					

TALON PARA EL ASEGURADO

ARTICULO 6° .- COMPROBANTE DE INCORPORACION AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1.587/74 Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Dentro de los 15 (QUINCE) días de contratar la cobertura, o de denunciada la incorporación del nuevo empleado según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1.587/74 y Designación de Beneficiario", conforme el modelo de anexo adjunto al presente Reglamento.

El comprobante de incorporación al seguro y de Designación de Beneficiario deberá ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado. El Original deberá ser remitido dentro de los 15 (QUINCE) días de recibido a la Aseguradora, dejando constancia de la fecha de recepción de los mismos. El duplicado quedará en poder del tomador y el triplicado será entregado por el Tomador al Asegurado.

ARTICULO 9° .- DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Todo el personal asegurado deberá asignar beneficiarios.

La aseguradora deberá exigir al Tomador que acredite la comunicación fehaciente a los asegurados en orden a asignar beneficiarios. En el "Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 15.587/74 y designación de Beneficiario" 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.

ARTICULO 16° .- FALTA DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

En el caso de producirse el siniestro sin haberse completado la institución de beneficiarios, o si por cualquier causa la designación hubiera caducado o quedado sin efecto se entiende que designo a los herederos por el cual se abonará el beneficio a los herederos del causante declarados judicialmente o que surjan del auto de aprobación del testamento.

El Asegurador que pague conforme a los establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTICULO 17° .- LIQUIDACION DEL SINIESTRO

Los aseguradores deberán requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente de la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, el último domicilio que el asegurado tenga registrado y dirigida a los presuntos herederos y/o beneficiarios. 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 Aseguradoras liquidan el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:

1. Partida de defunción del asegurado.
2. Certificado del empleador que acredite que el asegurado se encontraba empleado al momento del siniestro o último recibo de sueldo del que pueda deducirse esta circunstancia.
3. En caso de no existir designación de beneficiario o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, copia autenticada del testimonio de la declaración de herederos o del auto de aprobación del testamento
4. Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela.

Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá quince (15) 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, remitiendo fotocopia autenticada de la carpeta de siniestro.

ARTICULO 27° .- PRESCRIPCION

Los derechos que corresponden al Seguro de Vida Obligatorio, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley 17.418

TALON PARA EL EMPLEADOR

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO.1567/74		N. legajo, registro, ficha, etc.	
Compañía Aseguradora: Paraná S.A. de Seguros		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 : Localidad :		Cod.Postal : Provincia :	
Empleador:			
Domicilio particular: Calle : Localidad :		Cod.Postal : 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)	
La presente constancia debe ser remitida al Asegurado dentro de los 30 días			

TALON PARA EL EMPLEADOR

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO.1567/74		N. legajo, registro, ficha, etc.	
Compañía Aseguradora: Paraná S.A. de Seguros		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 : Localidad :		Cod.Postal : Provincia :	
Empleador:			
Domicilio particular: Calle : Localidad :		Cod.Postal : 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)	