

COPIA PARA EL EMPLEADO

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74				Póliza N°:				Legajo, Registro, Ficha, etc. N°:									
Compañía Aseguradora: PLENARIA SEGUROS S.A.																	
Nombre y Apellido:																	
Documento: Tipo: N°:						C.U.I.L.:											
Fecha de Nacimiento				Capital Asegurado				Fecha de ingreso al empleo									
Día		Mes		Año						Día		Mes		Año			
Domicilio: Calle				Nro.		Piso		Dpto.		Cod. Postal		Localidad			Provincia		
Empleador:																	
Domicilio: Calle				Nro.		Piso		Dpto.		Cod. Postal		Localidad			Provincia		
BENEFICIARIOS																	
Nombre y Apellido				Parentesco		Domicilio				Documento Tipo / N°			Porcentaje				

Todo el personal asegurado podrá designar Beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y fecha:

Firma del Asegurado (o impresión digital):

COPIA PARA EL EMPLEADOR

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74				Póliza N°:				Legajo, Registro, Ficha, etc. N°:									
Compañía Aseguradora: PLENARIA SEGUROS S.A.																	
Nombre y Apellido:																	
Documento: Tipo: N°:						C.U.I.L.:											
Fecha de Nacimiento				Capital Asegurado				Fecha de ingreso al empleo									
Día		Mes		Año						Día		Mes		Año			
Domicilio: Calle				Nro.		Piso		Dpto.		Cod. Postal		Localidad			Provincia		
Empleador:																	
Domicilio: Calle				Nro.		Piso		Dpto.		Cod. Postal		Localidad			Provincia		
BENEFICIARIOS																	
Nombre y Apellido				Parentesco		Domicilio				Documento Tipo / N°			Porcentaje				

Todo el personal asegurado podrá designar Beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y fecha:

Firma del Asegurado (o impresión digital):

COPIA PARA LA ASEGURADORA

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74				Póliza N°:				Legajo, Registro, Ficha, etc. N°:									
Compañía Aseguradora: PLENARIA SEGUROS S.A.																	
Nombre y Apellido:																	
Documento: Tipo: N°:						C.U.I.L.:											
Fecha de Nacimiento				Capital Asegurado				Fecha de ingreso al empleo									
Día		Mes		Año						Día		Mes		Año			
Domicilio: Calle				Nro.		Piso		Dpto.		Cod. Postal		Localidad			Provincia		
Empleador:																	
Domicilio: Calle				Nro.		Piso		Dpto.		Cod. Postal		Localidad			Provincia		
BENEFICIARIOS																	
Nombre y Apellido				Parentesco		Domicilio				Documento Tipo / N°			Porcentaje				

Todo el personal asegurado podrá designar Beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y fecha:

Firma del Asegurado (o impresión digital):

Las pólizas de Seguros Colectivos de Vida Obligatorio Decreto N 1567/74 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 Superintendencia de Seguros de la Nación.

El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio, ante la falta de concertación del seguro.

ARTICULO 5: PRIMA. SUMA ASEGURADA. El costo del seguro estará a cargo del empleador.

ARTICULO 8: COMPROBANTE DE INCORPORACION AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74 Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS.

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 “Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N 1567/74 y Designación de Beneficiario”, conforme el modelo de anexo adjunto al presente reglamento.

El comprobante de Incorporación al seguro y Designación de Beneficiario deberá ser debidamente cumplimentado 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 designar beneficiarios. La aseguradora deberá exigir al tomador que acredite la comunicación fehaciente a los asegurados en orden a designar beneficiarios. En el “Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N 1567/74 y Designación de Beneficiario” que le proporcionará al 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 caso de producirse el siniestro sin haberse completado la institución de beneficiarios, o si por cualquier causa tal designación hubiere caducado o quedado sin efecto se entiende que designó a los herederos por la cual se abonará el beneficio a los herederos del causante declarado judicialmente o que surjan del auto de aprobación del testamento. El Asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda libre de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTICULO 17: LIQUIDACION DEL SINIESTRO.

Los Aseguradores deberán 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. En esta nota se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su 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. 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 Beneficiarios o si por cualquier causa la designación se tomara 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 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 entida 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 correspondan al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, se rigen en materia de la prescripción por el Artículo 58 de la Ley 17418.

PLENARIA
S E G U R O S

Plenaria Seguros S.A.
Florida 537 21° piso - Galería Jardín (C1005AAK) Ciudad de Buenos Aires Tel./Fax (54 11) 4393-9850 info@plenariavida.com.ar www.plenariavida.com.ar

Las pólizas de Seguros Colectivos de Vida Obligatorio Decreto N 1567/74 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 Superintendencia de Seguros de la Nación.

El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio, ante la falta de concertación del seguro.

ARTICULO 5: PRIMA. SUMA ASEGURADA. El costo del seguro estará a cargo del empleador.

ARTICULO 8: COMPROBANTE DE INCORPORACION AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74 Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS.

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 “Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N 1567/74 y Designación de Beneficiario”, conforme el modelo de anexo adjunto al presente reglamento.

El comprobante de Incorporación al seguro y Designación de Beneficiario deberá ser debidamente cumplimentado 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 designar beneficiarios. La aseguradora deberá exigir al tomador que acredite la comunicación fehaciente a los asegurados en orden a designar beneficiarios. En el “Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N 1567/74 y Designación de Beneficiario” que le proporcionará al 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 caso de producirse el siniestro sin haberse completado la institución de beneficiarios, o si por cualquier causa tal designación hubiere caducado o quedado sin efecto se entiende que designó a los herederos por la cual se abonará el beneficio a los herederos del causante declarado judicialmente o que surjan del auto de aprobación del testamento. El Asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda libre de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTICULO 17: LIQUIDACION DEL SINIESTRO.

Los Aseguradores deberán 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. En esta nota se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su 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. 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 Beneficiarios o si por cualquier causa la designación se tomara 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 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 entida 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 correspondan al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, se rigen en materia de la prescripción por el Artículo 58 de la Ley 17418.

PLENARIA
S E G U R O S

Plenaria Seguros S.A.
Florida 537 21° piso - Galería Jardín (C1005AAK) Ciudad de Buenos Aires Tel./Fax (54 11) 4393-9850 info@plenariavida.com.ar www.plenariavida.com.ar

Las pólizas de Seguros Colectivos de Vida Obligatorio Decreto N 1567/74 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 Superintendencia de Seguros de la Nación.

El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio, ante la falta de concertación del seguro.

ARTICULO 5: PRIMA. SUMA ASEGURADA. El costo del seguro estará a cargo del empleador.

ARTICULO 8: COMPROBANTE DE INCORPORACION AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74 Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS.

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 “Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N 1567/74 y Designación de Beneficiario”, conforme el modelo de anexo adjunto al presente reglamento.

El comprobante de Incorporación al seguro y Designación de Beneficiario deberá ser debidamente cumplimentado 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 designar beneficiarios. La aseguradora deberá exigir al tomador que acredite la comunicación fehaciente a los asegurados en orden a designar beneficiarios. En el “Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N 1567/74 y Designación de Beneficiario” que le proporcionará al 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 caso de producirse el siniestro sin haberse completado la institución de beneficiarios, o si por cualquier causa tal designación hubiere caducado o quedado sin efecto se entiende que designó a los herederos por la cual se abonará el beneficio a los herederos del causante declarado judicialmente o que surjan del auto de aprobación del testamento. El Asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda libre de toda responsabilidad frente al siniestro.

ARTICULO 17: LIQUIDACION DEL SINIESTRO.

Los Aseguradores deberán 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. En esta nota se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su 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. 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 Beneficiarios o si por cualquier causa la designación se tomara 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 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 entida 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 correspondan al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, se rigen en materia de la prescripción por el Artículo 58 de la Ley 17418.

PLENARIA
S E G U R O S

Plenaria Seguros S.A.
Florida 537 21° piso - Galería Jardín (C1005AAK) Ciudad de Buenos Aires Tel./Fax (54 11) 4393-9850 info@plenariavida.com.ar www.plenariavida.com.ar