

COPIA PARA EL EMPLEADO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES (Ley 16.600 y sus modificaciones)				POLIZA N°:		
Compañía Aseguradora PLENARIA SEGUROS S.A.						
Nombre y Apellido:						
Documento: Tipo N :				C.U.I.L.:		
Fecha de Nacimiento			Vigencia Inicial		Fecha de Ingreso al Empleo	
Día	Mes	Año			Día	Mes
Domicilio Particular: Calle		N :	Piso:	Dto.:	Cod.Postal:	Localidad: Provincia
Empleador:						
Domicilio: Calle		N :	Piso:	Dto.:	Cod.Postal:	Localidad: Provincia
Beneficiarios						
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio		Documento	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 DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES (Ley 16.600 y sus modificaciones)				POLIZA N°:		
Compañía Aseguradora PLENARIA SEGUROS S.A.						
Nombre y Apellido:						
Documento: Tipo N :				C.U.I.L.:		
Fecha de Nacimiento			Vigencia Inicial		Fecha de Ingreso al Empleo	
Día	Mes	Año			Día	Mes
Domicilio Particular: Calle		N :	Piso:	Dto.:	Cod.Postal:	Localidad: Provincia
Empleador:						
Domicilio: Calle		N :	Piso:	Dto.:	Cod.Postal:	Localidad: Provincia
Beneficiarios						
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio		Documento	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 DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES (Ley 16.600 y sus modificaciones)				POLIZA N°:		
Compañía Aseguradora PLENARIA SEGUROS S.A.						
Nombre y Apellido:						
Documento: Tipo N :				C.U.I.L.:		
Fecha de Nacimiento			Vigencia Inicial		Fecha de Ingreso al Empleo	
Día	Mes	Año			Día	Mes
Domicilio Particular: Calle		N :	Piso:	Dto.:	Cod.Postal:	Localidad: Provincia
Empleador:						
Domicilio: Calle		N :	Piso:	Dto.:	Cod.Postal:	Localidad: Provincia
Beneficiarios						
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio		Documento	Porcentaje

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

Lugar y Fecha Firma del asegurado (o impresión digital)

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO

- 1º) El asegurado que se identifica en este certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al tomador del presente contrato de seguro.
- 2º) El Seguro de Vida Colectivo obligatorio para Trabajadores Rurales previsto en la Ley 16.600 cubre los riesgos de Muerte e Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo. En caso de suicidio solo se abonará: a) El capital básico Uniforme Obligatorio y b) El importe del capital adicional que tuviera una vigencia de más de 1 (un) año.
- 3º) El incumplimiento por parte del empleador lo hará responsable por a) el importe del seguro obligatorio, cuando no incorpore su personal al seguro, b) por el importe total del seguro contratado, cuando produzca la exclusión del asegurado, de tal modo que al ocurrir el siniestro el beneficiario o los derechos habientes del asegurado no perciban el importe del seguro.
- 4º) Las Primas correspondientes al seguro Obligatorio estarán íntegramente a cargo del empleador y las del seguro adicional a cargo de los asegurados (Art. 9 "Condiciones Generales")
- 5º) El empleador o persona interesada deberá comunicar de inmediato al asegurador en los formularios que este suministre, el fallecimiento del asegurado de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 11º de las Condiciones Generales. Comunes, previa presentación del certificado de defunción y cualquier constancia que correspondiere exigir según la causal de la muerte.
- 6º) Los beneficios previstos en la póliza deberán ser abonados en forma íntegra dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada, si correspondiere, la información complementaria solicitada por la Entidad Aseguradora, de conforme con el artículo 46 de la Ley 17.418. El plazo de denuncia será de 15 días. En el caso de fallecimiento este plazo deberá contarse desde que el denunciante toma conocimiento del siniestro. En caso de Invalidez Total o Permanente este plazo deberá contarse desde la finalización del periodo de 6 meses de invalidez interrumpida estipulado en las Condiciones Generales Comunes, sin perjuicio de que pueda ser denunciado durante el citado periodo.
- 7º) Los Asegurados que se jubilen continuarán comprendidos en el seguro, salvo manifestación en contrario, de acuerdo con lo establecido en el artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes.
- 8º) Las acciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el beneficio el plazo de prescripciones computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de 3 años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del asegurado.
- 9º) Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación Argentina con relación a la situación económica financiera de la Entidad Aseguradora dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP1067) Capital Federal o por teléfono a los Números 4343-9090, 4331-0188 o 4331-7456.



Florida 537 21° Piso - Galería Jardín - (C1005AAK) Buenos Aires. Tel./Fax: 4393-9850/9853

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO

- 1º) El asegurado que se identifica en este certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al tomador del presente contrato de seguro.
- 2º) El Seguro de Vida Colectivo obligatorio para Trabajadores Rurales previsto en la Ley 16.600 cubre los riesgos de Muerte e Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo. En caso de suicidio solo se abonará: a) El capital básico Uniforme Obligatorio y b) El importe del capital adicional que tuviera una vigencia de más de 1 (un) año.
- 3º) El incumplimiento por parte del empleador lo hará responsable por a) el importe del seguro obligatorio, cuando no incorpore su personal al seguro, b) por el importe total del seguro contratado, cuando produzca la exclusión del asegurado, de tal modo que al ocurrir el siniestro el beneficiario o los derechos habientes del asegurado no perciban el importe del seguro.
- 4º) Las Primas correspondientes al seguro Obligatorio estarán íntegramente a cargo del empleador y las del seguro adicional a cargo de los asegurados (Art. 9 "Condiciones Generales")
- 5º) El empleador o persona interesada deberá comunicar de inmediato al asegurador en los formularios que este suministre, el fallecimiento del asegurado de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 11º de las Condiciones Generales. Comunes, previa presentación del certificado de defunción y cualquier constancia que correspondiere exigir según la causal de la muerte.
- 6º) Los beneficios previstos en la póliza deberán ser abonados en forma íntegra dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada, si correspondiere, la información complementaria solicitada por la Entidad Aseguradora, de conforme con el artículo 46 de la Ley 17.418. El plazo de denuncia será de 15 días. En el caso de fallecimiento este plazo deberá contarse desde que el denunciante toma conocimiento del siniestro. En caso de Invalidez Total o Permanente este plazo deberá contarse desde la finalización del periodo de 6 meses de invalidez interrumpida estipulado en las Condiciones Generales Comunes, sin perjuicio de que pueda ser denunciado durante el citado periodo.
- 7º) Los Asegurados que se jubilen continuarán comprendidos en el seguro, salvo manifestación en contrario, de acuerdo con lo establecido en el artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes.
- 8º) Las acciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el beneficio el plazo de prescripciones computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de 3 años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del asegurado.
- 9º) Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación Argentina con relación a la situación económica financiera de la Entidad Aseguradora dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP1067) Capital Federal o por teléfono a los Números 4343-9090, 4331-0188 o 4331-7456.



Florida 537 21° Piso - Galería Jardín - (C1005AAK) Buenos Aires. Tel./Fax: 4393-9850/9853

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO

- 1º) El asegurado que se identifica en este certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al tomador del presente contrato de seguro.
- 2º) El Seguro de Vida Colectivo obligatorio para Trabajadores Rurales previsto en la Ley 16.600 cubre los riesgos de Muerte e Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo. En caso de suicidio solo se abonará: a) El capital básico Uniforme Obligatorio y b) El importe del capital adicional que tuviera una vigencia de más de 1 (un) año.
- 3º) El incumplimiento por parte del empleador lo hará responsable por a) el importe del seguro obligatorio, cuando no incorpore su personal al seguro, b) por el importe total del seguro contratado, cuando produzca la exclusión del asegurado, de tal modo que al ocurrir el siniestro el beneficiario o los derechos habientes del asegurado no perciban el importe del seguro.
- 4º) Las Primas correspondientes al seguro Obligatorio estarán íntegramente a cargo del empleador y las del seguro adicional a cargo de los asegurados (Art. 9 "Condiciones Generales")
- 5º) El empleador o persona interesada deberá comunicar de inmediato al asegurador en los formularios que este suministre, el fallecimiento del asegurado de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 11º de las Condiciones Generales. Comunes, previa presentación del certificado de defunción y cualquier constancia que correspondiere exigir según la causal de la muerte.
- 6º) Los beneficios previstos en la póliza deberán ser abonados en forma íntegra dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada, si correspondiere, la información complementaria solicitada por la Entidad Aseguradora, de conforme con el artículo 46 de la Ley 17.418. El plazo de denuncia será de 15 días. En el caso de fallecimiento este plazo deberá contarse desde que el denunciante toma conocimiento del siniestro. En caso de Invalidez Total o Permanente este plazo deberá contarse desde la finalización del periodo de 6 meses de invalidez interrumpida estipulado en las Condiciones Generales Comunes, sin perjuicio de que pueda ser denunciado durante el citado periodo.
- 7º) Los Asegurados que se jubilen continuarán comprendidos en el seguro, salvo manifestación en contrario, de acuerdo con lo establecido en el artículo 13 de las Condiciones Generales Comunes.
- 8º) Las acciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el beneficio el plazo de prescripciones computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de 3 años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del asegurado.
- 9º) Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación Argentina con relación a la situación económica financiera de la Entidad Aseguradora dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP1067) Capital Federal o por teléfono a los Números 4343-9090, 4331-0188 o 4331-7456.



Florida 537 21° Piso - Galería Jardín - (C1005AAK) Buenos Aires. Tel./Fax: 4393-9850/9853