Formulario FRM-170

## Designación de Beneficiarios VO

Página 1 de 2

## Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

| Compañía Aseguradora Allianz Argentina Cía. De Seguros S.A.  |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
|--|-----|-----------------|----------------------------|---------------------|--|---------|-----------------|--|---|
| Nombre y Apellido:   |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
| Documento Tipo: N°   |     |                 |                            |                     | CUIL   |         |                 |  |   |
| Expedido por:  |     |                 |                            |                     | (O N° de Libreta de Ahorro)                  |         |                 |  |   |
| Fecha de Na  |     | Capital Asegura | Capital Asegurado          |                     | Fecha de Ingreso al Empleo                   |         |                 |  |   |
| Día  | Mes | Año             | Conforme a la re<br>S.S.N. | ución vigente de la | Día  | Mes Año |                 |  |   |
| Domicilio Particular   |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
| Calle  |     |                 | N° Piso                    |                     |  | Dto     | Dto Cod. Postal |  |   |
| Localidad Provincia  |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
| Empleador  |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
| Calle  |     |                 | N° Piso Dto                |                     |  | Dto     | Cod. Postal     |  |   |
| Localidad  |     |                 |                            |                     | Provincia                                    |         |                 |  |   |
| Beneficiarios  |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
| Nombre y Apellido  |     |                 | Parentesco                 | esco Domicilio      |  |         | Documento %     |  | % |
|  |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
|  |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
|  |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
|  |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
|  |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
| Todo el personal asegurado deberá designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad. |     |                 |                            |                     |  |         |                 |  |   |
| Lugar y Fecha  |     |                 |                            |                     | Firma del Asegurado<br>(O impresión digital) |         |                 |  |   |
|  |     |                 |                            |                     | Firma del Empleador                          |         |                 |  |   |



## Artículo 1º Objeto

El seguro Coléctivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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.

Artículo 2° Exclusiones

Quedan excluidos de esta cobertura:

a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley 16,600

b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes

Artículo 3º Prestación

La prestación establecida por el Decreto 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 4° Contratación del Seguro- Responsabilidad del Empleador

Las pólizas de Seguros Colectivos de Vida Obligatorio Decreto W \_1567/74 autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta 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.

Artículo 5° Prima - Suma Asegurada

El costo del seguro estará a cargo del empleador.

Articulo 8º Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 y Designación 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 coda asegurado, el Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 y Designación de Beneficiario, conforme al 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° Designación 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 Nº 1567/74 y Designación de Beneficiario que le proporcionará el empleador, el asegurado consignará el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarios del seguro, determinando, en su caso, la cuota parte que le asigna a cado uno de los beneficiarios designados.

Artículo 16° Falta de Designación de Beneficiarios

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

El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

Artículo 17° Liquidación 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 haya 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.

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 a 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. Artículo 27 Prescripción

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

