

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74  
 COMPROBANTE DE INCORPORACIÓN AL SEGURO Y  
 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS



Nº DE POLIZA:	Nº DE LEGAJO, REGISTRO, FICHA, ETC:
---------------	-------------------------------------

TALON PARA EL ASEGURADO

NOMBRE:		CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro):			
APELLIDO:					
LE/LC/DNI/CI Nº:			EXPENDIDO POR:		
FECHA DE NACIMIENTO:		CAPITAL ASEGURADO: 5,5 S.M.V.M (Según lo establecido por Anexo Pto. 23.6 inc c) Res SSN 38708/2014.		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO:	
DOMICILIO PARTICULAR	CALLE:	Nº	PISO:	DEPTO.:	C.P.:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:			

EMPLEADOR:		CUIT:			
DOMICILIO	CALLE:	Nº	PISO:	DEPTO.:	C.P.:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:			

BENEFICIARIOS

APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	DOMICILIO	PARENTESCO	%

OBSERVACIONES:

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

1. En caso de que se designe más de un beneficiario debe establecerse un porcentaje para cada uno.
2. Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que la persona asegurada, la asignación correspondiente del seguro, corresponderá a sus herederos legales.
3. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74  
 COMPROBANTE DE INCORPORACIÓN AL SEGURO Y  
 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS



Nº DE POLIZA:	Nº DE LEGAJO, REGISTRO, FICHA, ETC:
---------------	-------------------------------------

**TALON PARA EL EMPLEADOR**

NOMBRE:		CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro):			
APELLIDO:					
LE/LC/DNI/CI Nº:			EXPENDIDO POR:		
FECHA DE NACIMIENTO:		CAPITAL ASEGURADO: 5,5 S.M.V.M <small>(Según lo establecido por Anexo Pto. 23.6 inc c) Res SSN 38708/2014.</small>		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO:	
DOMICILIO PARTICULAR	CALLE:	Nº	PISO:	DEPTO.:	C.P.:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:			

EMPLEADOR:		CUIT:			
DOMICILIO	CALLE:	Nº	PISO:	DEPTO.:	C.P.:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:			

**BENEFICIARIOS**

APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	DOMICILIO	PARENTESCO	%

**OBSERVACIONES:**

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

1. En caso de que se designe más de un beneficiario debe establecerse un porcentaje para cada uno.
2. Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que la persona asegurada, la asignación correspondiente del seguro, corresponderá a sus herederos legales.
3. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74  
COMPROBANTE DE INCORPORACIÓN AL SEGURO Y  
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS



Nº DE POLIZA:	Nº DE LEGAJO, REGISTRO, FICHA, ETC:
---------------	-------------------------------------

TALON PARA LA ASEGURADORA

NOMBRE:		CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro):			
APELLIDO:					
LE/LC/DNI/CI Nº:			EXPENDIDO POR:		
FECHA DE NACIMIENTO:		CAPITAL ASEGURADO: 5,5 S.M.V.M <small>(Según lo establecido por Anexo Pto. 23.6 inc c) Res SSN 38708/2014.</small>		FECHA DE INGRESO AL EMPLEO:	
DOMICILIO PARTICULAR	CALLE:	Nº	PISO:	DEPTO.:	C.P.:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:			

EMPLEADOR:		CUIT:			
DOMICILIO	CALLE:	Nº	PISO:	DEPTO.:	C.P.:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:			

BENEFICIARIOS

APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	DOMICILIO	PARENTESCO	%

OBSERVACIONES:

Todo el personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad).

1. En caso de que se designe más de un beneficiario debe establecerse un porcentaje para cada uno.
2. Si un beneficiario hubiere fallecido antes o al mismo tiempo que la persona asegurada, la asignación correspondiente del seguro, corresponderá a sus herederos legales.
3. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a Previnca Seguros S.A. en caso de reclamo del pago del beneficio.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

### Objeto del Seguro y quienes están excluidos:

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 Seguridad Social, encontrándose excluidos los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600 y los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

### Prestación:

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 una sola prestación del seguro. La contratación del seguro queda a cargo y es obligación del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

### Contratación del Seguro - Responsabilidad del Empleador:

La contratación del seguro, está a cargo del empleador, quien en caso de no contratarlo o de no abonar las primas, es el responsable directo del pago del beneficio.

### Designación de beneficiarios:

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios, para lo cual deberá cumplimentar por triplicado el formulario que entregará el empleador. El Original y el Duplicado quedarán en poder del Tomador quien lo presentará a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el Tomador al empleado asegurado.

### Documentación a presentar para el cobro del beneficio:

- Partida de defunción del trabajador asegurado.
- Constancia de Clave Única de Identificación Laboral (CUIL) del trabajador.
- Copia de la nómina de empleados del tomador del seguro correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
- Formulario de Designación de Beneficiarios.
- En caso de no existir designación de beneficiarios o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, deberá presentar copia autenticada de la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición y que se establece en el Artículo 15 del reglamento.

### Plazo para el cobro del beneficio:

Completada la documentación, el asegurador tendrá QUINCE (15) días corridos para efectuar el pago.

### Falta de reclamo de los beneficiarios:

Si los beneficiarios o herederos no efectúan el reclamo del beneficio o ante la falta de presentación de la documentación requerida para el pago del mismo, la aseguradora transferirá los fondos a la SSN, donde deberán continuar el trámite para el cobro de los mismos.

### Derecho a modificar los beneficiarios:

El asegurado tiene derecho a designar sus beneficiarios en el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, el asegurado tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito sin ninguna otra formalidad.

Ante cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, personalmente o por nota a Julio A. Roca (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires, por teléfono al 4338 - 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía internet a la siguiente dirección: [www.ssn.gov.ar](http://www.ssn.gov.ar)