

TALON PARA EL EMPLEADOR

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO LEY N° 16.600				N° legajo / registro / acta / etc.				
Compañía Aseguradora: INSTITUTO DE SEGUROS S. A.				Póliza N°		Cert. N°		
Nombre y Apellido:								
Documento Tipo: N°:				C.U.I.L. o N° Libreta de Ahorro				
Expedido por:								
Fecha de Nacimiento			Capital Asegurado			Fecha de Ingreso al Empleo		
Dia	Mes	Año				Dia	Mes	Año
Domicilio particular, calle: N°:								
Piso: Dpto.: C.P.: Localidad: Pcia.:								
Empleador:								
Calle: N°:								
Piso: Dpto.: C.P.: Localidad: Pcia.:								
B E N E F I C I A R I O S								
Nombre y Apellido		Parentesco		Domicilio		Documento	%	
<small>Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad</small>								
Lugar y Fecha				Firma del Asegurado o Impresión digital				

TALON PARA LA ASEGURADORA

SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO LEY N° 16.600				N° legajo / registro / acta / etc.				
Compañía Aseguradora: INSTITUTO DE SEGUROS S. A.				Póliza N°		Cert. N°		
Nombre y Apellido:								
Documento Tipo: N°:				C.U.I.L. o N° Libreta de Ahorro				
Expedido por:								
Fecha de Nacimiento			Capital Asegurado			Fecha de Ingreso al Empleo		
Dia	Mes	Año				Dia	Mes	Año
Domicilio particular, calle: N°:								
Piso: Dpto.: C.P.: Localidad: Pcia.:								
Empleador:								
Calle: N°:								
Piso: Dpto.: C.P.: Localidad: Pcia.:								
B E N E F I C I A R I O S								
Nombre y Apellido		Parentesco		Domicilio		Documento	%	
<small>Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad</small>								
Lugar y Fecha				Firma del Asegurado o Impresión digital				

O D A R U G E A L E A R P A N L O N A L T	SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO LEY N° 16.600			N° legajo / registro / acta / etc.			
	Compañía Aseguradora: INSTITUTO DE SEGUROS S. A.			Póliza N°		Cert. N°	
	Nombre y Apellido:						
	Documento Tipo: N°:			C.U.I.L. o N° Libreta de Ahorro			
	Expedido por:						
	Fecha de Nacimiento		Capital Asegurado		Fecha de Ingreso al Empleo		
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
	Domicilio particular, calle: N°:						
	Piso: Dpto.: C.P.: Localidad: Pcia.:						
	Empleador:						
Calle: N°:							
Piso: Dpto.: C.P.: Localidad: Pcia.:							
B E N E F I C I A R I O S							
Nombre y Apellido		Parentesco	Domicilio	Documento	%		
<p>Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad</p>							
Lugar y Fecha			Firma del Asegurado o Impresión digital				

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO

1. 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.
2. el Seguro de Vida Obligatorio para Trabajadores Rurales previsto en la Ley 16.600 cubre los riesgos de Muerte e Incapacidad Total y Permanente para el Trabajador. En caso de suicidio se abonará:
 - A) El capital básico Uniforme Obligatorio.
3. El incumplimiento por parte del empleador lo hará responsable por:
 - A) El importe del Seguro obligatorio, cuando no incorpore su personal al seguro, de tal modo.
 - B) Por el importe total del seguro, cuando produzca la exclusión del asegurado, de tal modo que al ocurrir el siniestro el beneficiario o los derechohabientes del asegurado no perciban el importe del seguro.
4. Las primas correspondientes al Seguro Obligatorio están íntegramente a cargo del empleador (Artículo N° 9 - Condiciones Generales Comunes).
5. El empleador o persona interesada deberá comunicar de inmediato al asegurador en los formularios que éste le suministre, el fallecimiento del asegurado de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo II de las Condiciones Generales Comunes, previa presentación del certificado de defunción y cualquier constancia que correspondiere exigir según la causal de la muerte.
6. Los beneficiarios previstos en esta 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 conformidad con el Artículo N° 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 y permanente este plazo deberá contarse desde la finalización del período de 6 meses de invalidez ininterrumpida estipulado en las Condiciones Generales Comunes, sin perjuicio de que pueda ser denunciado durante el citado período.
7. Los Asegurados que se jubilen podrán hacer uso de la opción establecida, salvo manifestación en contrario, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 14 de las Condiciones Generales Comunes.
8. Las acciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el beneficiario el plazo de prescripción se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres (3) años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del Asegurador.
9. Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de la Entidad Aseguradora dirigiéndose personalmente o por nota: Julio A. Roca 721 (C1067ABC) Ciudad de Buenos Aires, o por teléfono a los N° 4348-4000. Línea Gratuita 0800-666-8400.