

TALÓN PARA EL EMPLEADOR

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES (LEY: 16.600)**

BENEFICIO S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS

N° de legajo, registro, ficha, etc.: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y N° de documento \_\_\_\_\_ C.U.I.L. (o N° de libreta de ahorro): \_\_\_\_\_

Expendido por: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Ingreso al Empleo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Capital Asegurado: \$ 858.000**

**DOMICILIO PARTICULAR:**

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Empleador: \_\_\_\_\_ C.U.I.T.: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre	Documento	Parentesco	Domicilio	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha Lugar Firma y aclaración del asegurado

TALÓN PARA LA ASEGURADORA

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES (LEY: 16.600)**

BENEFICIO S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS

N° de legajo, registro, ficha, etc.: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y N° de documento \_\_\_\_\_ C.U.I.L. (o N° de libreta de ahorro): \_\_\_\_\_

Expendido por: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Ingreso al Empleo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Capital Asegurado: \$ 858.000**

**DOMICILIO PARTICULAR:**

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Empleador: \_\_\_\_\_ C.U.I.T.: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre	Documento	Parentesco	Domicilio	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha Lugar Firma y aclaración del asegurado

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio

## SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES (LEY: 16.600)

### BENEFICIO S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nº de legajo, registro, ficha, etc.: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Tipo y Nº de documento \_\_\_\_\_ C.U.I.L (o Nº de libreta de ahorro): \_\_\_\_\_

Expendido por: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Ingreso al Empleo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Capital Asegurado: \$ 858.000**

#### DOMICILIO PARTICULAR:

Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL EMPLEADOR

Empleador: \_\_\_\_\_ C.U.I.T: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre	Documento	Parentesco	Domicilio	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (el presente certificado anula y reemplaza cualquier otro emitido)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha Lugar Firma y aclaración del empleador

#### 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 Colectivo Obligatorio para Trabajadores Rurales previsto en la Ley 16.600 cubre los riesgos de Muerte e Invalidez Total y Permanente para el Trabajo. En caso de suicidio sólo se abonará:
  - a) El capital básico Uniforme Obligatorio.
  - b) El importe del capital adicional que tuviera una vigencia de más de un 1 año.
3. 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 derechohabientes del asegurado no perciban el importe del seguro.
4. Las primas correspondientes al Seguro Obligatorio estarán íntegramente a cargo del empleador y las del seguro adicional a cargo de los asegurados <Artículo Nro. 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 Nro. 11 de las Condiciones Generales Comunes, previa presentación del certificado de defunción autenticado y cualquier constancia que correspondiere exigir según la causal de la muerte.
6. Los beneficios 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 Nro. 46 de la Ley 17418. 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 Nro. 14 de las Condiciones Generales Comunes, contratando un seguro de Vida Individual.
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 a: Julio A. Roca 721 (CP. 1067) Capital Federal, o por teléfono a los Nros. 4343-9090 / 4331-0188 / 4331-7456.