

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO. 1567/74			N° Legajo : 1	
Compañía Aseguradora: SANCOR COMPAÑIA DE SEGUROS LIMITADA				
Nombre y Apellido :				
Documento N°			CUIL	
Fecha de Nacimiento	CAPITAL ASEGURADO		Fecha de Ingreso al Empleo	
Domicilio del Particular		Localidad :		Provincia:
Calle :		N°	Piso:	Dpto: Cod.Postal
EMPLEADOR - EUROCLEAN SRL				
Domicilio del Empleador		Localidad : Córdoba		Provincia: Córdoba
Calle : Tucuman		N° 3046	Piso:-	Dpto:- Cod.Postal 5000
BENEFICIARIOS				
Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.				
Lugar y Fecha: ,		Firma del Asegurado		

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO. 1567/74			N° Legajo : 1	
Compañía Aseguradora: SANCOR COMPAÑIA DE SEGUROS LIMITADA				
Nombre y Apellido :				
Documento N°			CUIL	
Fecha de Nacimiento	CAPITAL ASEGURADO		Fecha de Ingreso al Empleo	
Domicilio del Particular		Localidad :		Provincia:
Calle :		N°	Piso:	Dpto: Cod.Postal
EMPLEADOR - EUROCLEAN SRL				
Domicilio del Empleador		Localidad : Córdoba		Provincia: Córdoba
Calle :Tucumán		N° 3046	Piso:-	Dpto:- Cod.Postal 5000
BENEFICIARIOS				
Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.				
Lugar y Fecha: ,		Firma del Asegurado		

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO - DECRETO. 1567/74			N° Legajo : 1	
Compañía Aseguradora: SANCOR COMPAÑIA DE SEGUROS LIMITADA				
Nombre y Apellido :				
Documento N°			CUIL	
Fecha de Nacimiento	CAPITAL ASEGURADO		Fecha de Ingreso al Empleo	
Domicilio del Particular				
Calle :	N°	Piso:	Dpto:	Cod.Postal
Localidad :	Provincia:			
EMPLEADOR - EUROCLEAN SRL				
Domicilio del Empleador				
Calle : Tucumán	N° 3046	Piso:-	Dpto:-	Cod.Postal 5000
Localidad : Córdoba	Provincia: Córdoba			
BENEFICIARIOS				
Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.				
Lugar y Fecha: ,		Firma del Asegurado		

ARTÍCULO 1°: OBJETO
El seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nro. 1.567/74, 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 3°: PRESTACIÓN
La prestación establecida por el decreto 1.567/74 es independiente de cualquier 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, quedando la contratación del seguro a cargo del Empleador en que cumpla la mayor jornada mensual de trabajo y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4°: CONTRATACIÓN DEL SEGURO - RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1.567/74 autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad Aseguradora pública o privada, que se encuentre inscrita en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.
El Empleador será directamente responsable por el pago del beneficio, ante la falta de contratación del seguro.

ARTÍCULO 5°: PRIMA. SUMA ASEGURADA
El costo del seguro estará a cargo del empleador.

ARTÍCULO 8°: COMPROBANTE DE INCORPORACIÓN AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1.567/74 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 cada Asegurado, el Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida obligatorio Decreto 1.567/74 y Designación de Beneficiario, conforme el 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 recibida 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.

ARTÍCULO 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 1.567/74 y Designación de Beneficiario, que le proporcionará el Empleador; el Asegurado consignará, el lugar y la fecha e instruirá a las personas beneficiarias del seguro, determinado , en su caso, la cuota parte que le asigna a cada 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 hubiere caducado o quedado sin efecto se entiende que designó a los herederos por el cual se abonará el beneficio a los herederos del causante declarados judicialmente o que surjan del auto de aprobación del testamento.

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

ARTÍCULO 17°: LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

La aseguradora deberá 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 tenga 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 deducir tal 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 los herederos o del auto de aprobación del testamento.
4. Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce la patria potestad, tutela o curatela.

Completada la documentación indicada, el Asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago del beneficio.

Ante la falta de reclamo por parte de los Beneficiarios, herederos judicialmente declarados o testamentarios, transcurridos 3 (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 inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 5 (cinco) años

, con el alcance dispuesto por el artículo 4027 inciso 3° del Código Civil.

Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto Nro. 1567/74, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley 17.418.