



Solicito actualizar mis datos

Solicito capital adicional

Seguro de Vida del personal de Estado Ley 13.003\*

Póliza N° \_\_\_\_\_ (según sus condiciones)

\*(t.o. 1977 y sus modificatorios)

Certificado N° \_\_\_\_\_

Legajo N° \_\_\_\_\_

Sucursal \_\_\_\_\_

Tomador	Domicilio	Vigencia Inicial de la póliza
_____	_____	____/____/____

**Datos del Empleado**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo F  M

Tipo de Doc. DNI  LC  LE  CUIL  N° \_\_\_\_\_ Nacionalidad Arg.  Ext.

Dirección \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_ Est. Civil Solt.  Casado  Div.  Viu.

Loc. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ F. de ing. al empleo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Capital a Asegurar \_\_\_\_\_ ¿Es zurdo? SI  NO

**Beneficiarios**

Nombre y Apellido	Parentesco	Tipo y Nro. de Doc.	% de Benef.	F. de nac.
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurable / Asegurado  
Certifico la autenticidad de la firma (o impresión digital) que antecede, como así mismo que el firmante integra el personal de esta entidad.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Tomador

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable de Caja de Seguros S.A.

Nro de Legajo, Registro, Ficha, etc

CUIT Tomador

Nro. de póliza

**Trabajador**

*Apellido y nombres*

Fecha de nacimiento

CUIL (o N° Libreta de Ahorros)

Capital Asegurado

Fecha ingreso al empleo

D.N.I./L.E./L.C./C

Domicilio Particular: *Calle*

N°

Piso

Dto.

*Localidad/Provincia*

Cod.Postal

Teléfono

**Empleador**

*Razón Social*

Domicilio: *Calle*

N°

Piso

Dto.

*Localidad/Provincia*

Cod.Postal

Teléfono

**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. Declaro conocer y aceptar las condiciones expuestas en los artículos que figuran al dorso del presente formulario.

Lugar y Fecha:	Firma del Asegurado. (o impresión Digital)
----------------	---

**Compañía Aseguradora:**  
BBVA Consolidar Seguros S.A  
CUIT 30-50006423-0  
Av. Leandro N. Alem 728/732 - C1001AAP-  
Buenos Aires - Argentina.  
IGJ 28-02-06, N.3150, L.30, T.SA (T.O.)  
www.bbvasseguros.com.ar  
Tel. 0800 999 4100  
siniestroseguros-arg@bbva.com

## CONDICIONES GENERALES

### ARTÍCULO 1º: OBJETO

El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nro. 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 2º: EXCLUSIONES

Quedan excluidos de esta cobertura:

- a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley Nro.16.600.
- b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

### ARTÍCULO 3º: PRESTACIÓN

La prestación establecida por el Decreto

Nº 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, quedara a opción del trabajador.

### ARTÍCULO 4º: CONTRATACIÓN DEL SEGURO

Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 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 la Superintendencia de Seguros de la Nación.

### ARTÍCULO 5º: PRIMA SUMA ASEGURADA

El costo del seguro estará a cargo del empleador.

### ARTÍCULO 7º: SOLICITUD DEL SEGURO EMISIÓN DE LA PÓLIZA NÓMINA DEL PERSONAL ASEGURADO

Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible, con copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS), a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP). A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluida en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS. Cuando el tomador empleador - contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Única de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener esta nómina actualizada con las altas y bajas producidas. Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los 15 (QUINCE) días de celebrado el contrato. Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74" Y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, a partir del 1º de enero de 2006, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC). A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique: a) Aseguradora donde se encuentra vigente la cobertura, domicilio, teléfonos, y dirección electrónica. b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo i) de la Resolución 30729/2005. c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica. El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo UN (1) tamaño de SESENTA CENTÍMETROS (60 Cm) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTÍMETROS (45 cm) de ancho. Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos 1 (UNO) afiche por cada establecimiento. La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores tomadores del seguro, quienes expondrán al menos 1 (UNO) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores.

Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción. Es de exclusiva responsabilidad del empleador - tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

### ARTÍCULO 8º: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios. La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, 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 "Formulario de Designación de Beneficiarios" que como Anexo ii) forma parte de la Resolución 30729/2005. En el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado. En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241. El comprobante de Incorporación al seguro y de designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado. El Original y Duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado. El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

### ARTÍCULO 15º: LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO

La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios de la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado. Si por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto se estará a lo reglado por los artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241. 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. Constancia de CUIL del trabajador y de su incorporación a la nómina de empleados del tomador empleador o declaración de Alta Temprana de AFIP.
3. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes como así también copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido
4. Formulario de Designación de Beneficiarios
5. En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tomara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241, debiendo presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición
6. Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su 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, o los reglados por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241, o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora. Las entidades aseguradoras no podrán integrar las sumas debidas en concepto de indemnizaciones de otros seguros de vida con el beneficio instituido por el Decreto Nº.1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

### ARTÍCULO 29º: PRESCRIPCIÓN

Los derechos inherentes a la relación entre la Caja Compensadora y las aseguradoras, prescriben en el término de 2 (dos) años, con el alcance de lo dispuesto por el Art. 2562 inc. C 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 58º de la Ley Nº 17.418.