

Seguro de Vida Obligatorio Notificación del Fallecimiento

Datos del Empleador	
Razón Social:	Póliza:
Teléfono:	Mail:

Datos del Empleado / Trabajador
Apellido y Nombre:
CUIL:

Datos de el/los Beneficiario/s					
Apellido y Nombre:					
Tipo y N° de Doc.:				Parentesco:	
Domicilio:					N°:
Piso:	Dpto.:	Mza.:	Block:	Lote:	Barrio:
Localidad:			Provincia:		CP:
Teléfono:			Mail:		

Tomamos conocimiento:

1. De la existencia del beneficio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 Reglamentado mediante la Resolución 35.333 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
2. Que su cobro puede efectuarse personalmente y que, en caso de requerirse el cobro a través de mandatarios, se requerirá a tal efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
3. Que, en caso de no existir designación de beneficiario, o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quedara sin efecto, 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.
4. Que, si los beneficiarios son incapaces, deberá presentarse la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela.
5. Que, ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o los reglados por los Artículos 53° y 54° de la Ley 24.241, o testamentarios, la entidad aseguradora deberá depositar el importe en la Caja Compensadora.

Lugar y Fecha:

Firma y Aclaración del Beneficiario	Sello y Firma del Empleador

Datos a Completar por la Compañía		
Documentación presentada	SI	NO
Partida de Defunción extendida por el Registro Nacional de las Personas		
Constancia de CUIL del trabajador		
Nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento		
Constancia del pago del premio de los 3 meses anteriores al fallecimiento		
Copia certificada por el empleador del último recibo de sueldo emitido o liquidación final		
Copia certificada por el empleador del último recibo de sueldo firmado por el trabajador fallecido		
Formulario original de la Designación de Beneficiario firmado por el empleado fallecido		
Declaración del último domicilio real del beneficiario		
Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del beneficiario		

Firma y Sello Responsable Compañía