VICTORIA SEGUROS

Seguro de : VIDA OBLIGATORIO

Póliza : 000636924
Renueva a: 000632962

Contratante: **(128424) - LIGHTECH S.A.**
CUIT : 30686508923
Domicilio : AV. BRASIL 3186 - P. 1
Localidad : CAPITAL FEDERAL (1115)

Lugar y fecha de emisión: Buenos Aires, 17 de Marzo de 2022

Entre la Compañía Argentina de Seguros Victoria Sociedad Anónima con domicilio en Florida 556, Buenos Aires, en adelante el Asegurador y quien más arriba se designa como Asegurado, se conviene en celebrar este contrato de seguro, de acuerdo a las condiciones particulares, generales y las cláusulas anexas que forman parte integrante de la presente póliza, la cual ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

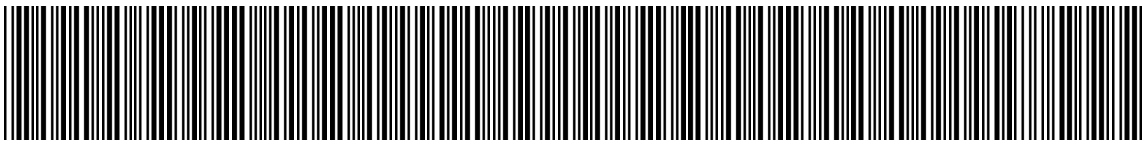
Si el texto de la misma difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza. (Art. 12 Ley de Seguros).

Las cláusulas y/o anexos que integran esta póliza son los siguientes: 03-75-76 ANEXO I

---

Empleador: (128424) - LIGHTECH S.A.

Tasa de Prima Mensual : 0.205%o (*) por Persona
Suma Asegurada : $ 118,800.00.- (*)
Prima Mensual Resultante por Persona $ 24.35.-
Derecho de Emisión Anual (*) Pago por única vez con la primer mensualidad que deben depositar, según la siguiente escala vigente:
Hasta 25 Personas Aseguradas : $ 12.00.-
Entre 26 y 50 Personas Aseguradas : $ 17.00.-
más de 50 Personas Aseguradas : $ 25.00.-
(*) Los Importes mencionados son los vigentes de acuerdo con la Resolución Nro. 40629 de la Superintendencia de Seguros de la Nación



26F7173D239B46D82271362C636924/0*

---

Vigencia inicial del seguro: 01/04/2022

Forma de pago: Anual

---

000788 NORDEN BROKERS S.A.

Compañía Argentina de Seguros Victoria S. A.

Póliza suscripta conforma a la Circular N* 4462 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.
"Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económico financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires; o al teléfono 4338-4000 "lineas rotativas", en el horario de 10.30 a 17.30. Podrá consultarse via Internet a la siguiente dirección: http//www.ssn.gov.ar".

F0015

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y derechohabientes.

El servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.victoria.com.ar

En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO — DECRETO NRO. 1.567/74

CLAUSULA ADICIONAL NRO. 3

Decreto Nro. 1.567/74 — Poder Ejecutivo Nacional y Resolución Nro. 39.766.— Superintendencia de Seguros de la Nación.

Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A., (en adelante la Compañía), certifica por el presente que los trabajadores en relación de dependencia del empleador, detallados en la nómina presentada con la solicitud del seguro, se encuentran asegurados a partir de la fecha de vigencia inicial de este Certificado en un todo sujeto a la Resolución Nro. 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, cuyas condiciones de cobertura se transcriben a continuación:

ARTICULO 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, cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Unico de la Seguridad Social.

ARTICULO 2 — 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.

ARTICULO 3 — PRESTACION
La prestación establecida por el Decreto Nro. 1.567/74 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 ante el cual el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

ARTICULO 4 — CONTRATACION 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, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación(SSN).

ARTICULO 5 — PRIMA — SUMA ASEGURADA — VARIACION DEL CAPITAL ASEGURADO — AJUSTE DE PRIMAS
El costo del seguro estará a cargo del empleador.
La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.
Prima
La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILESIMOS ($ 0,205) mensuales por cada $ PESOS MIL ( $ 1.000.—).
Suma asegurada
La suma asegurada será el equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, la cual será comunicada anualmente por la SSN con la suficiente antelación a fin de proceder a los ajustes necesarios.

ARTICULO 6 — AUTORIZACION PARA OPERAR EN LA COBERTURA
Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio — Decreto Nro. 1.567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio — Decreto Nro. 1567/74—" que lleva la SSN.
En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán, copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informará la fecha y el número de Resolución de SSN que la autoriza a operar en la Rama Vida.

ARTICULO 7 — SOLICITUD DEL SEGURO — EMISION DE LA POLIZA — NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO
Solicitud del Seguro



F0004

Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:
a) Copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", ambos a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).
b) Constancia de baja de la cobertura correspondiente al periodo anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay en caso de corresponder, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo periodo.
A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema " Mi Simplificación".
Cuando el tomador empleador – contratante no estuviere incluido en el Sistema Unico de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de C.U.I.L. (Clave Unica de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener ésta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.

Emisión y entrega de pólizas – Fecha de inicio de vigencia
Las aseguradoras emitirán las pólizas en donde la fecha de inicio de vigencia sea coincidente con el primer día del mes calendario. Esto también es aplicable a las renovaciones.
Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los quince (15) días de celebrado el contrato.
Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1.567/74" 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, la Clave Unica 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) del presente.
c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a ésta cobertura debe dirigirse a la SSN, 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 CENTIMETROS (60 cm) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTIMETROS(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 UN (1) 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.

ARTICULO 8 – DESIGNACION 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 quince (15) 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 del presente.
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 53 y 54 de la Ley N 24.241.
A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de Derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare

aportante el fallecido.
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 quedarán 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.

ARTICULO 9 — VIGENCIA — PERIODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD — TRASPASO DE ASEGURADORA
Unicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá TREINTA (30) días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha.
Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora CERO (0) del trigésimo primer día posterior a la solicitud del seguro.
Las aseguradoras al emitir las pólizas correspondientes por inicio de actividades de los empleadores, deberán tomar en consideración lo establecido en el Art. 7 del presente Anexo..
En el caso en que el tomador hubiera contratado la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nro. 1567/74 en una entidad aseguradora y:
a) Resolviera contratarla con otra, existiendo continuidad asegurativa, no le alcanza el plazo de carencia mencionado en el presente artículo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los artículos 7 y 8 del presente reglamento.
b) Durante la vigencia de la misma, decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del día primero del mes calendario siguiente a la baja de la anterior cobertura. Para emitir la póliza, la nueva entidad aseguradora deberá exigir al empleador—tomador una constancia de baja de cobertura, emitida por la anterior aseguradora desde el sistema Kausay, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo periodo. La responsabilidad del asegurador comienza a la hora CERO (0) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a las VEINTICUATRO (24) horas del Último día de vigencia estipulado.

ARTICULO 10 — DERECHO DE EMISION, GASTOS DE ADMINISTRACION Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACION A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS — EXENCION DE TASA UNIFORME.
El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:
Hasta Veinticinco (25) asegurados PESOS DOCE ($ 12).
Entre VEINTISEIS (26) y CINCUENTA (50) asegurados PESOS DIECISIETE ($ 17).
Más de CINCUENTA (50) asegurados PESOS VEINTICINCO ($ 25).
El tomador—empleador, cuando corresponda, declarará y abonará el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS.
De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un veintidós con setenta por ciento (22,70%), para atender los gastos de administración de esta cobertura.
Las entidades aseguradoras podrán reconocer a los productores asesores de seguros una participación de los fondos provenientes de los gastos de administración. La liquidación de las participaciones será efectuada por las entidades aseguradoras.
Atento a la naturaleza particular del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio — Decreto Nro. 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del artículo 81 de la Ley Nro. 20.091.

ARTICULO 11 — PAGO DEL PREMIO
El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador—empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en consideración el valor del premio vigente, a partir de lo establecido en el Art. 2 y lo determinado en el Art.6 de la Resolución SSN Nro. 35.333 DEL 16 DE Septiembre de 2010 y sus modificatorias.
Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con SUSS, con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el Art.1 de la Ley Nro. 26.844, las que serán abonadas directamente a las aseguradoras.
A tal efecto la AFIP queda facultada para dictar las normas operativas que resulten necesarias.
La AFIP establecerá los mecanismos para la distribución de los fondos a las respectivas aseguradoras.
En el caso de fallecimiento de un trabajador no incluido en la nómina de personal del tomador se actuará conforme a lo dispuesto en el artículo 18 del presente reglamento.
Si el empleador determinara e ingresara el monto del premio, sin haber contratado una póliza con una aseguradora o la relación aseguradora—CUIT sea errónea o este fuera de vigencia, no implicará cobertura automática en dicho seguro. En dichos supuestos la


F0004

AFIP direccionará los montos y la información a la SSN.
Regularizados los supuestos antes mencionados, los futuros pagos que efectúen serán transferidos por la AFIP a las entidades aseguradoras que correspondan conforme al procedimiento establecido en el Art. 12 del presente anexo.

ARTICULO 12 – DISTRIBUCION DE RECAUDACION
12.1. Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la AFIP serán transferidos a las aseguradoras a las cuentas bancarias que étsas establezcan.
A tal efecto las aseguradoras, a través de una nota firmada por personal de la entidad autorizado a tal fin, deberán informar a la SSN los datos correspondientes a la cuenta bancaria del Banco de la Nación Argentina, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio–Decreto Nro. 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN Nro. 2434 del 6 de mayo de 2010.

La mencionada nota deberá contener como mínimo los siguientes datos: titular de la cuenta bancaria, número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal y clave bancaria universal, debiendo ser acompañada de una certificación emitida por la entidad bancaria en la que conste que la misma está libre de inhibiciones y embargos.

Las aseguradoras que en el futuro comiencen a operar en este Seguro, deberán dar cumplimiento a lo establecido en el presente artículo antes de iniciar la comercialización del mencionado seguro.

12.2. La AFIP, transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta SSN, el que será confeccionado en base a los datos que las entidades envían al Sistema Informático Kausay, y el cual contendrá los datos necesarios para poder proceder a la correcta distribución de los conceptos recaudados por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
12.3. La AFIP informará en forma diaria a las aseguradoras diversa información respecto de la determinación del pago, las nóminas y los importes acreditados en las Cuentas Bancarias por ellas informadas, mediante la utilización de transferencia electrónica, los que contendrán los siguientes datos:

1.– CUIC – Clave única de identificación de contratos;
2.– CUIT del tomador–empleador;
3.– Periodo declarado;
4.– Identificación de las CUIL declaradas;
5.– Fecha en que pago el tomador–empleador;
6.– Importe total depositado por el tomador–empleador discriminado por prima y derecho de emisión;
7.– Fecha de procesamiento;
8.– Fecha de transferencia a la Cuenta Bancaria de la Aseguradora;
9.– Importe acreditado en la Cuenta Bancaria;

12.4. Cuando la Aseguradora detecte diferencias entre lo informado por la AFIP en los archivos publicados de respaldo y la información provista por los empleadores, podrá requerir un análisis de las mismas. A tal fin deberá presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual realiza la consulta, y el/los periodo/s fiscal/es con diferencia, adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s.

La nota deberá ser dirigida a la División Usuarios de la Seguridad Social y presentarla personalmente en Balcarce 167 – Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo, o enviarla por correo postal.

Si se diera el caso que la consulta no está relacionada con diferencias entre lo pagado y lo transferido, no será necesaria la presentación de la copia del comprobante de pago. Una vez iniciado el análisis de lo requerido, la AFIP podrá solicitar a la Aseguradora la presentación de documentación adicional que coadyuve a obtener el resultado del mismo.

12.5. Cuando los empleadores o las Aseguradoras verifiquen que los fondos de los pagos efectuados fueron derivados por la AFIP a la SSN, podrán requerir la devolución de los mismos.

A tal fin deberán presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la empresa (empleador) o de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los periodo/s fiscal/es, sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo.
La nota deberá ser dirigida a la Gerencia de Administración Administrativa de la SSN – Sector SCVO y presentarla personalmente o a través de correo postal en la Avda. Julio A. Roca 721 – Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.



F0004

ARTICULO 13 – SUSPENSION DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO – RESCISION
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador – empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de TREINTA (30) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago.
Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura se reanudará a partir de la hora CERO (0) del día siguiente al ingreso de la prima.
La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los sesenta (60) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la rescisión automática del contrato.
La suspensión del seguro, o su rescisión por falta de pago del premio, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.
Los pagos efectuados por los tomadores – empleadores una vez vencidos los plazos de suspensión y estando la póliza rescindida, no dará derecho a rehabilitar la misma.

ARTICULO 14 – COMUNICACION DE ALTAS Y BAJAS – AJUSTE DE LAS PRIMAS
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere. La aseguradora sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la AFIP, tendrá derecho a exigir al tomador la última nómina de personal empleado declarada al Sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.
Para el caso que el tomador–empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Unico de la Seguridad Social, las altas y bajas deberán ser comunicadas mensualmente a la aseguradora.
A fin de mantener vigente la cobertura, el tomador–empleador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Art. 11 del presente reglamento.

ARTICULO 15 – LIQUIDACION 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 deviniera ineficaz o quedase sin efecto se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente, según lo reglado por los artículos 53 y 54 de la Ley Nro. 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el art. 8.
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 entidades aseguradoras 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.
3. Copia de la nómina de empleados del tomador–empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.
4. Constancia del pago del premio.
5. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final.
6. Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
7. Formulario de Designación de Beneficiarios.
8. En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración del 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 Nro. 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea esta emitida por la ANSeS o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido.
9. Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación:

a) El/los beneficiario/s. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad, y declaración del último domicilio real.
b) Derechohabientes

b.1) el/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, declaración de último domicilio real; partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no

mayor a SEIS (6) meses de su presentación para la liquidación del siniestro.
b.2) El/la conviviente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, declaración del último domicilio real; Información Sumaria Judicial y Declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS).
b.3) Hijos/as.: fotocopia del Documento Nacional de Identidad y Partida de Nacimiento legalizada, y de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal conforme lo dispuesto en el Artículo 101 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Completada la documentación, suministrada por el empleador, beneficiarios y/o derechohabientes, la indemnización deberá abonarse dentro de los QUINCE (15) días siguientes.
En ningún caso la aseguradora será responsable del pago del beneficio por el fallecimiento de los trabajadores que no hubiesen sido dados de alta en la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General Nro. 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General Nro. 2016/2006) de la AFIP y sus modificatorias.
Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante:

i)La falta de reclamo por parte de los beneficiarios o de los declarados derechohabientes por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) conforme lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley Nro. 24.241, o testamentarios
ii)luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago;

En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:
1- Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave Unica de Identificación de Contratos.
2- Certificación por parte de la aseguradora de la vigencia de la cobertura al momento de ocurrencia del siniestro.
3- Copia certificada de toda la documentación que obrare en su poder incluyendo también las constancias que acrediten las comunicaciones y requerimientos efectuados al empleador, beneficiarios designados posibles herederos.
4- Constancia del depósito 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 Nro. 1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

ARTICULO 16 – SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA
Independientemente del pago de premio efectuado por los empleadores, no podrán ser trasladados a la Caja Compensadora bajo ningún concepto los siniestros:
a – que afecten a trabajadores no incluidos en las nóminas del tomador, ni los excluidos en el Art. 2 del presente anexo
b – que correspondan a pólizas emitidas que no cuenten con la debida Clave Unica de Identificación de Contrato (CUIC)
c- que correspondan a pólizas que si bien poseen Clave Unica de Identificación de Contrato (CUIC), la aseguradora hubiera remitido a través del Sistema Kausay datos incorrectos o no hubiera efectuado la remisión en tiempo y forma de todas las novedades que modifique el padrón pólizas.
d- que correspondan a pólizas emitidas por las entidades que no hayan dado cumplimiento a lo establecido en el Art. 12-12.1 del presente anexo.
e- que correspondan a pólizas cuyos premios no hayan sido abonados conforme lo establecido en el Art. 11 del presente anexo.

ARTICULO 17 – PROHIBICIONES
Se prohibe a las entidades aseguradoras:
1. Otorgar bonificaciones.
2. Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el Artículo 10 del presente reglamento.
3. Efectuar publicidad directa.
4. Rechazar solicitudes presentadas por los empleadores de conformidad a las disposiciones del presente reglamento.
5. Efectuar pagos graciables.
6. Compensar los saldos que arrojen sus declaraciones juradas, con las sumas debidas por la Caja Compensadora por perèodos anteriores.
7. Coasegurar y reasegurar.

ARTICULO 18 – RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR
El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio ante la falta de



F0004

concertación del seguro.
La suspensión del seguro, por falta de pago o pago insuficiente del premio y la consecuente rescisión en su caso, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.

ARTICULO 30 – PRESCRIPCION
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 1567/74, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley 17.418.

ARTICULO 31 – Quedan derogadas todas las disposiciones reglamentarias en cuanto sean modificadas o se opongan a la presente Reglamentación.

CLAUSULA ADICIONAL N 75

El premio de esta póliza se puede abonar por medio del sistema de débito automático por tarjeta de crédito de las siguientes empresas adheridas: Visa, MasterCard, Diners, American Express, Cabal y Tarjeta Naranja o también por débito automático en caja de ahorro o cuenta corriente, de cualquier entidad bancaria sometida al régimen de la Ley N 21.526.

Para abonar el premio por cualquiera de dichos medios, el Asegurado deberá completar la solicitud de adhesión al sistema, la cual será provista por el productor–asesor de seguros o por el Asegurador.

El premio de la póliza también podrá ser abonado en las ventanillas de las cajas del Standard Bank o de Rapipago, Pago Fácil y Bapro Pago.

CLAUSULA ADICIONAL NRO. 76

De acuerdo a lo establecido en el Artículo Nro. 11, según párrafo de las Condiciones Generales – PAGO DE LAS PRIMAS – se establece para efectuar el depósito o transferencia del importe resultante del cálculo de la prima, al BANCO DE LA NACION ARGENTINA, cuenta Nro 13488/30 a nombre de CIA. ARGENTINA DE SEGUROS VICTORIA S.A.



F0004

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** |
|---|---|

**COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.**

Nombre y Apellido

Documento Tipo : Número : | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro)

Expedido por

| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Original**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** |
|---|---|

**COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.**

Nombre y Apellido

Documento Tipo : Número : | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro)

Expedido por

| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Duplicado**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | | | | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.** | | | | | | |
| Nombre y Apellido | | | | | | |
| Documento Tipo : Número : | | | | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro) | | |
| Expedido por | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Triplicado**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** |
|---|---|

**COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.**

Nombre y Apellido

Documento Tipo : Número : | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro)

Expedido por

| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Original**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** |
|---|---|

**COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.**

Nombre y Apellido

Documento Tipo : Número : | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro)

Expedido por

| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Duplicado**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | | | | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.** | | | | | | |
| Nombre y Apellido | | | | | | |
| Documento Tipo : Número : | | | | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro) | | |
| Expedido por | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Triplicado**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** |
|---|---|

**COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.**

Nombre y Apellido

Documento Tipo : Número : | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro)

Expedido por

| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Original**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** |
|---|---|

**COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.**

Nombre y Apellido

Documento Tipo : Número : | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro)

Expedido por

| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Duplicado**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | | | | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.** | | | | | | |
| Nombre y Apellido | | | | | | |
| Documento Tipo : Número : | | | | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro) | | |
| Expedido por | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Triplicado**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** |
|---|---|

**COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.**

Nombre y Apellido

Documento Tipo : Número : | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro)

Expedido por

| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Original**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** |
|---|---|

**COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.**

Nombre y Apellido

Documento Tipo : Número : | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro)

Expedido por

| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Duplicado**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | | | | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.** | | | | | | |
| Nombre y Apellido | | | | | | |
| Documento Tipo : Número : | | | | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro) | | |
| Expedido por | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Triplicado**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** |
|---|---|

**COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.**

Nombre y Apellido

Documento Tipo : Número : | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro)

Expedido por

| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Original**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** |
|---|---|

**COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.**

Nombre y Apellido

Documento Tipo : Número : | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro)

Expedido por

| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Duplicado**

VIOBBEN

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

VICTORIA SEGUROS

# FORMULARIO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

| **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. Nº 1567/74** | | | | **Nº de Legajo, Registro,Ficha, etc.** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **COMPAÑIA ASEGURADORA : Compañía Argentina de Seguros Victoria S.A.** | | | | | | |
| Nombre y Apellido | | | | | | |
| Documento Tipo : Número : | | | | C.U.I.L (o Nº de Libreta de Ahorro) | | |
| Expedido por | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | Capital Asegurado | Fecha de Ingreso al Empleo | | |
| Día | Mes | Año | | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |

**Domicilio Particular**

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**Empleador** .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Dto. ..... C.P. .....

Localidad ..... Pcia. .....

**BENEFICIARIOS**

| Nombre y Apellido | Parentesco | Domicilio | Documento | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Todo el personal asegurado tiene derecho designar beneficiarios. (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.)**

| Lugar y Fecha | Firma del asegurado (o impresión digital) |
|---|---|
| ..... | ..... |

**Triplicado**

VIOBBEN

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