Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión

Compañía Aseguradora **Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A**	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.

Nombre y Apellido

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado **$ 181.500**

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por: ☐ Teléfono ☐ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.

Localidad	Provincia	C.P.

COPIA PARA EL ASEGURADO

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

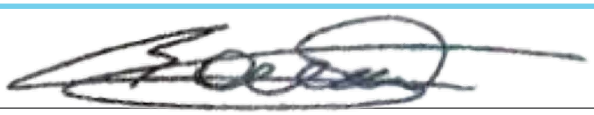
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

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

En _____ , a los _____ días del mes de _____ del año 20 ____

Firme aquí

Firma del Asegurado
(o impresión digital)



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

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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 Único de la Seguridad Social.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

ARTÍCULO 2 – EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600.
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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, solo 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, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
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 inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
Las 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.

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.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL ASEGURADO

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión

Compañía Aseguradora **Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A**	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.

Nombre y Apellido

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
		$ 181.500

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por: ☐ Teléfono ☐ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.

Localidad	Provincia	C.P.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

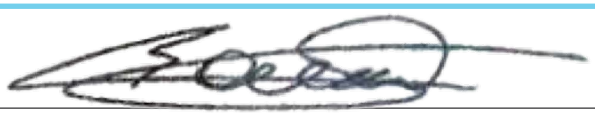
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

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

En _____ , a los _____ días del mes de _____ del año 20 ____

Firme aquí

Firma del Asegurado
(o impresión digital)



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

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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 Único de la Seguridad Social.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

ARTÍCULO 2 – EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600.
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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, solo 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, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
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 inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
Las 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.

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.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión

Compañía Aseguradora	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.
Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A		

Nombre y Apellido

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
		$ 181.500

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por: ☐ Teléfono ☐ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.

Localidad	Provincia	C.P.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

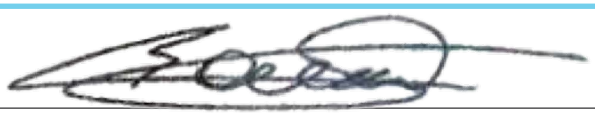
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

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

En _____ , a los _____ días del mes de _____ del año 20 ____

Firme aquí

Firma del Asegurado
(o impresión digital)



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

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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 Único de la Seguridad Social.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

ARTÍCULO 2 – EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600.
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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, solo 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, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
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 inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
Las 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.

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.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión

Compañía Aseguradora **Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A**	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.

Nombre y Apellido

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
		$ 181.500

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por: ☐ Teléfono ☐ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.

Localidad	Provincia	C.P.

COPIA PARA EL ASEGURADO

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

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

En _____ , a los _____ días del mes de _____ del año 20 ____

Firme aquí — Firma del Asegurado (o impresión digital)

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

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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 Único de la Seguridad Social.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

ARTÍCULO 2 – EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600.
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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, solo 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, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
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 inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
Las 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.

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.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL ASEGURADO

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión

Compañía Aseguradora **Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A**	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.

Nombre y Apellido

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado **$ 181.500**

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por: ☐ Teléfono ☐ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.

Localidad	Provincia	C.P.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

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

En _____ , a los _____ días del mes de _____ del año 20 ____

Firme aquí

Firma del Asegurado
(o impresión digital)

_____

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

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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 Único de la Seguridad Social.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

ARTÍCULO 2 – EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600.
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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, solo 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, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
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 inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
Las 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.

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.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión

Compañía Aseguradora	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.
Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A		

Nombre y Apellido

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
		$ 181.500

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por: ☐ Teléfono ☐ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.

Localidad	Provincia	C.P.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

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

En _____ , a los _____ días del mes de _____ del año 20 ____

Firme aquí

Firma del Asegurado
(o impresión digital)

_____

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

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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 Único de la Seguridad Social.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

ARTÍCULO 2 – EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600.
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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, solo 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, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
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 inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
Las 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.

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.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión

Compañía Aseguradora **Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A**	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.

Nombre y Apellido

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado **$ 181.500**

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por: ☐ Teléfono ☐ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.

Localidad	Provincia	C.P.

COPIA PARA EL ASEGURADO

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

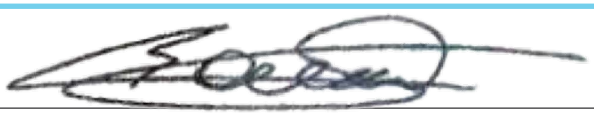
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

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

En _____ , a los _____ días del mes de _____ del año 20 ____

Firme aquí

Firma del Asegurado
(o impresión digital)



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

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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 Único de la Seguridad Social.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

ARTÍCULO 2 – EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600.
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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, solo 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, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
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 inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
Las 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.

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.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL ASEGURADO

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión

Compañía Aseguradora **Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A**	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.

Nombre y Apellido

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
		$ 181.500

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por: ☐ Teléfono ☐ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.

Localidad	Provincia	C.P.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

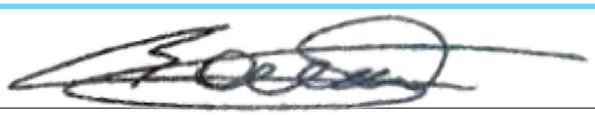
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

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

En _____ , a los _____ días del mes de _____ del año 20 ____

Firme aquí

Firma del Asegurado
(o impresión digital)



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

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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 Único de la Seguridad Social.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

ARTÍCULO 2 – EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600.
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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, solo 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, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
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 inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
Las 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.

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.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Life SEGUROS
Tu forma de vivir

Lugar	Fecha de emisión

Compañía Aseguradora	Póliza Nº	Nº legajo, registro, ficha, etc.
Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A		

Nombre y Apellido

Documento tipo	Documento Nº	Expedido por	CUIL (o Nº de Libreta de Ahorro)

Fecha nacimiento *(dd/mm/aa)*	Fecha ingreso al empleo *(dd/mm/aa)*	Capital Asegurado
		$ 181.500

Domicilio particular: Calle	Nº	Piso	Dto.	C.P.

Localidad	Provincia	Teléfono	Email	Prefiere ser contactado por: ☐ Teléfono ☐ Email

Empleador	**Domicilio Empleador:** Calle	Nº	Piso	Dto.

Localidad	Provincia	C.P.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Beneficiarios

Tiene derecho a designar beneficiarios en cualquier momento. Puede hacerlo indicando sus datos a continuación o bien llamando al 0800 666 4545. En caso de que no designe, el beneficio corresponderá a sus herederos legales.

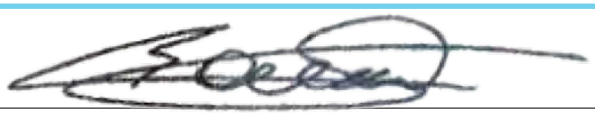
Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº Documento DNI / LE / CI / PAS / LC	Domicilio	Parentesco	Orden	%

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

En _____ , a los _____ días del mes de _____ del año 20 ____

Firme aquí

Firma del Asegurado
(o impresión digital)



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

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. es una Sociedad Anónima constituida en Argentina y autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500

ARTÍCULO 1 – OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto Nº 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 Único de la Seguridad Social.
La vigencia del seguro de vida colectivo obligatorio es anual y renovable automáticamente. Este cubre a partir del primer día hábil del mes de solicitud y su cobertura está condicionada a la nómina declarada por el contratante ante AFIP a través del F931.

ARTÍCULO 2 – EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600.
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

ARTÍCULO 3 – PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 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, solo 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, quedará a opción del trabajador.

ARTÍCULO 4 – CONTRATACIÓN DEL SEGURO
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 inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ARTÍCULO 5 – PRIMA – SUMA ASEGURADA – VARIACIÓN 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, se expresarán en moneda de curso legal.
Prima: La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma Asegurada: La suma asegurada será equivalente a 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles, o la que en el futuro fije la SSN.

ARTÍCULO 15 – LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO (parte pertinente)
Las 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.

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.

Datos personales
Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).
Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunícate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.
La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Con la firma del presente documento me notifico y doy mi consentimiento a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. para compartir todos los datos personales contenidos en la presente, los datos personales generados por la relación, y en los sucesivos que suscriba con dicha Aseguradora, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas, terceros –sean personas públicas o privadas– y/o con personas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, la que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio. Asimismo me notifico y consiento la posibilidad de que esos datos sean transferidos, con idénticos fines, al exterior –a personas tanto públicas como privadas– incluyendo a países que no tengan una ley idéntica a la ley de protección de datos de Argentina, sin perjuicio de lo cual entiendo que se mantiene mi derecho de acceso y corrección de los datos personales.

COPIA PARA EL EMPLEADOR

Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. | CUIT 30-50005154-6
Tte. Gral Perón 646 3° piso (C1038AAN) CABA – Argentina | Centro de atención al cliente: 0800-222-7500