CERTIFICADO DE COBERTURA DEL

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO

POLIZA NRO.: 220180976867

DATOS DEL CONTRATANTE:

NOMBRE: PLATINUM CIBERSECURITY SA

DIRECCION: AV RIVADAVIA 5598 9 B (1424) CAPITAL FEDERAL

ASEGURADO	TIPO/NRO. DOCUMENTO	FECHA NAC.
ALEJANDRO JAVIER DIASCHI	DNI 30641519	15/12/1983
ALEXANDER MOISES QUISPE IGLESIAS	DNI 38049621	21/12/1993
DANILO RAFAEL NUNES DOS SANTOS	DNI 95962537	22/04/1986
FACUNDO KELLER	CUIL 20351115301	16/02/1990
JORGELINA BEN	CUIL 27331553293	20/06/1987
JUAN IGNACIO FERNANDEZ DEVITA	DNI 34564429	06/06/1989
LUCIANA BERTINOTTI	DNI 29247079	19/12/1981
MARIA DEL CARMEN NIEVES SOTO	DNI 95684959	02/04/1984
MARIANELA GRAMUGLIA	DNI 31172748	16/10/1984
MARTINA VIEYRA	DNI 34504545	05/05/1989
NELSON JESUS REQUIS SAYAGO	DNI 92700556	03/02/1976
PADIN, ALBERTO DARÍO	DNI 14769884	07/02/1962
RICARDO NICOLAO	CUIL 20307435471	10/01/1984
VALERIA CECILIA PLA	DNI 27551868	28/09/1979
ZONAYA DEL CARMEN RUIZ	PASAPORTE 136829469	26/12/1967

DATOS DEL SEGURO

VIGENCIA: 14/03/2023 - 01/01/2024

CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA: 382250

COBERTURAS MUERTE UNICAMENTE.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGUN DESIGNACION QUE OBRA EN PODER DEL CONTRATANTE

ALLIANZ Argentina Cía. de Seguros S.A., certifica por el presente documento que el asegurado/a se encuentra comprendido, en la póliza arriba indicada , en un todo de conformidad con las condiciones Generales y Particulares , exclusiones y cláusulas de la póliza referida , cuyo original obra en poder del tomador a disposición de los asegurados. Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación financiera de la entidad aseguradora , dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Capital Federal, o a los teléfonos : 4343-9090, 4331-0188 o 4331-7456, en el horario de 12.30 a 18.30 hs. Podrá consultarse via internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.- Este certificado ha sido confeccionado según la Resolución Nro. 24697 de la superintendencia de seguros de la Nación del 03 de julio de 1996, como extracto de las condiciones de póliza aprobadas por proveido Nro.75044 del 02 de marzo de 1993.

BUENOS AIRES, 07 DESEPTIEMBRE 2023

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO

POLIZA NRO.: 220180976867

DATOS DEL CONTRATANTE:

NOMBRE: PLATINUM CIBERSECURITY SA

DIRECCION: AV RIVADAVIA 5598 9 B (1424) CAPITAL FEDERAL

ASEGURADO	TIPO/NRO. DOCUMENTO	FECHA NAC.
ALEJANDRO JAVIER DIASCHI	DNI 30641519	15/12/1983
ALEXANDER MOISES QUISPE IGLESIAS	DNI 38049621	21/12/1993
DANILO RAFAEL NUNES DOS SANTOS	DNI 95962537	22/04/1986
FACUNDO KELLER	CUIL 20351115301	16/02/1990
JORGELINA BEN	CUIL 27331553293	20/06/1987
JUAN IGNACIO FERNANDEZ DEVITA	DNI 34564429	06/06/1989
LUCIANA BERTINOTTI	DNI 29247079	19/12/1981
MARIA DEL CARMEN NIEVES SOTO	DNI 95684959	02/04/1984
MARIANELA GRAMUGLIA	DNI 31172748	16/10/1984
MARTINA VIEYRA	DNI 34504545	05/05/1989
NELSON JESUS REQUIS SAYAGO	DNI 92700556	03/02/1976
PADIN, ALBERTO DARÍO	DNI 14769884	07/02/1962
RICARDO NICOLAO	CUIL 20307435471	10/01/1984
VALERIA CECILIA PLA	DNI 27551868	28/09/1979
ZONAYA DEL CARMEN RUIZ	PASAPORTE 136829469	26/12/1967

DATOS DEL SEGURO

VIGENCIA: 14/03/2023 - 01/01/2024

CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA: 382250

COBERTURAS MUERTE UNICAMENTE.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGUN DESIGNACION QUE OBRA EN PODER DEL CONTRATANTE

ALLIANZ Argentina Cía. de Seguros S.A., certifica por el presente documento que el asegurado/a se encuentra comprendido, en la póliza arriba indicada , en un todo de conformidad con las condiciones Generales y Particulares , exclusiones y cláusulas de la póliza refe rida , cuyo original obra en poder del tomador a disposición de los asegurados. Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación financiera de la entidad aseguradora , dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C. P. 1067), Capital Federal, o a los teléfonos : 4343-9090, 4331-0188 o 4331-7456, en el horario de 12.30 a 18.30 hs. Podrá consultarse via internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.- Este certificado ha sido confeccionado según la Resolución Nro. 24697 de la superintendencia de seguros de la Nación del 03 de julio de 1996, como extracto de las condiciones de póliza aprobadas por proveido Nro.75044 del 02 de marzo de 1993.

BUENOS AIRES, 07 DE OCTUBRE 2023

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO

POLIZA NRO.: 220180976867

DATOS DEL CONTRATANTE:

NOMBRE: PLATINUM CIBERSECURITY SA

DIRECCION: AV RIVADAVIA 5598 9 B (1424) CAPITAL FEDERAL

ASEGURADO	TIPO/NRO. DOCUMENTO	FECHA NAC.

Amilcar Racigh
Director Técnico
Allianz Arg. Cía. de Seguros S.A.



CERTIFICADO DE COBERTURA DEL

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO

POLIZA NRO.: 220180976867

DATOS DEL CONTRATANTE:

NOMBRE: PLATINUM CIBERSECURITY SA

DIRECCION: AV RIVADAVIA 5598 9 B (1424) CAPITAL FEDERAL

ASEGURADO	TIPO/NRO. DOCUMENTO	FECHA NAC.
ALEJANDRO JAVIER DIASCHI	DNI 30641519	15/12/1983
ALEXANDER MOISES QUISPE IGLESIAS	DNI 38049621	21/12/1993
DANILO RAFAEL NUNES DOS SANTOS	DNI 95962537	22/04/1986
FACUNDO KELLER	CUIL 20351115301	16/02/1990
JORGELINA BEN	CUIL 27331553293	20/06/1987
JUAN IGNACIO FERNANDEZ DEVITA	DNI 34564429	06/06/1989
LUCIANA BERTINOTTI	DNI 29247079	19/12/1981
MARIA DEL CARMEN NIEVES SOTO	DNI 95684959	02/04/1984
MARIANELA GRAMUGLIA	DNI 31172748	16/10/1984
MARTINA VIEYRA	DNI 34504545	05/05/1989
NELSON JESUS REQUIS SAYAGO	DNI 92700556	03/02/1976
PADIN, ALBERTO DARÍO	DNI 14769884	07/02/1962
RICARDO NICOLAO	CUIL 20307435471	10/01/1984
VALERIA CECILIA PLA	DNI 27551868	28/09/1979
ZONAYA DEL CARMEN RUIZ	PASAPORTE 136829469	26/12/1967

DATOS DEL SEGURO

VIGENCIA: 14/03/2023 - 01/01/2024

CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA: 382250

COBERTURAS MUERTE UNICAMENTE.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGUN DESIGNACION QUE OBRA EN PODER DEL CONTRATANTE

ALLIANZ Argentina Cía. de Seguros S.A., certifica por el presente documento que el asegurado/a se encuentra comprendido, en la póliza arriba indicada , en un todo de conformidad con las condiciones Generales y Particulares , exclusiones y cláusulas de la póliza referida , cuyo original obra en poder del tomador a disposición de los asegurados. Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación financiera de la entidad aseguradora , dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Capital Federal, o a los teléfonos : 4343-9090, 4331-0188 o 4331-7456, en el horario de 12.30 a 18.30 hs. Podrá consultarse via internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.- Este certificado ha sido confeccionado según la Resolución Nro. 24697 de la superintendencia de seguros de la Nación del 03 de julio de 1996, como extracto de las condiciones de póliza aprobadas por proveido Nro.75044 del 02 de marzo de 1993.

BUENOS AIRES, 07 DE AGOSTO DE 2023



Amilcar Racigh

Director Técnico

Allianz Arg. Cía. de Seguros S.A.

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO

POLIZA NRO.: 220180976867

DATOS DEL CONTRATANTE:

NOMBRE: PLATINUM CIBERSECURITY SA

DIRECCION: AV RIVADAVIA 5598 9 B (1424) CAPITAL FEDERAL

ASEGURADO	TIPO/NRO. DOCUMENTO	FECHA NAC.
ALEJANDRO JAVIER DIASCHI	DNI 30641519	15/12/1983
ALEXANDER MOISES QUISPE IGLESIAS	DNI 38049621	21/12/1993
DANILO RAFAEL NUNES DOS SANTOS	DNI 95962537	22/04/1986
FACUNDO KELLER	CUIL 20351115301	16/02/1990
JORGELINA BEN	CUIL 27331553293	20/06/1987
JUAN IGNACIO FERNANDEZ DEVITA	DNI 34564429	06/06/1989
LUCIANA BERTINOTTI	DNI 29247079	19/12/1981
MARIA DEL CARMEN NIEVES SOTO	DNI 95684959	02/04/1984
MARIANELA GRAMUGLIA	DNI 31172748	16/10/1984
MARTINA VIEYRA	DNI 34504545	05/05/1989
NELSON JESUS REQUIS SAYAGO	DNI 92700556	03/02/1976
PADIN, ALBERTO DARÍO	DNI 14769884	07/02/1962
RICARDO NICOLAO	CUIL 20307435471	10/01/1984
VALERIA CECILIA PLA	DNI 27551868	28/09/1979
ZONAYA DEL CARMEN RUIZ	PASAPORTE 136829469	26/12/1967

DATOS DEL SEGURO

VIGENCIA: 14/03/2023 - 01/01/2024

CAPITAL ASEGURADO POR PERSONA: 382250

COBERTURAS MUERTE UNICAMENTE.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

SEGUN DESIGNACION QUE OBRA EN PODER DEL CONTRATANTE

ALLIANZ Argentina Cía. de Seguros S.A., certifica por el presente documento que el asegurado/a se encuentra comprendido, en la póliza arriba indicada , en un todo de conformidad con las condiciones Generales y Particulares , exclusiones y cláusulas de la póliza refe rida , cuyo original obra en poder del tomador a disposición de los asegurados. Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación financiera de la entidad aseguradora , dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C. P. 1067), Capital Federal, o a los teléfonos : 4343-9090, 4331-0188 o 4331-7456, en el horario de 12.30 a 18.30 hs. Podrá consultarse via internet a la siguiente dirección: http://www.ssn.gov.ar.- Este certificado ha sido confeccionado según la Resolución Nro. 24697 de la superintendencia de seguros de la Nación del 03 de julio de 1996, como extracto de las condiciones de póliza aprobadas por proveido Nro.75044 del 02 de marzo de 1993.

BUENOS AIRES, 07 DE NOVIEMBRE 2023

CERTIFICADO DE COBERTURA DEL

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO

POLIZA NRO.: 220180976867

DATOS DEL CONTRATANTE:

NOMBRE: PLATINUM CIBERSECURITY SA

DIRECCION: AV RIVADAVIA 5598 9 B (1424) CAPITAL FEDERAL

ASEGURADO	TIPO/NRO. DOCUMENTO	FECHA NAC.

Amilcar Racigh
Director Técnico
Allianz Arg. Cía. de Seguros S.A.



Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Compañía Aseguradora Allianz Argentina Cía. De Seguros S.A.

Nombre y Apellido: Maria Nieves

Documento Tipo: DNI N° 95694959
Expedido por: Migraciones

CUIL 27-95694959-4
(O N° de Libreta de Ahorro)

Fecha de Nacimiento			Capital Asegurado	Fecha de Ingreso al Empleo		
Día 02	Mes 04	Año 1984	Conforme a la resolución vigente de la S.S.N.	Día 26	Mes 04	Año 2022

Domicilio Particular
Calle Esmeralda N° 770 Piso 5 Dto. A Cod. Postal 1007
Localidad CABA Provincia CABA

Empleador
Calle Avenida de los incas N° 4107 Piso 1 Dto. 2 Cod. Postal
Localidad CABA Provincia CABA

Beneficiarios

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%
Jorge Perdomo	Esposo	Esmeralda 770	95700522	100

Todo el personal asegurado deberá designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y Fecha 07/11/2023

Firma del Asegurado
(O impresión digital) Maria Nieves

Firma del Empleador

Allianz Argentina Compañía de Seguros S. A.
Av. Corrientes 299 (C1043AAC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tel.: (5411) 4320-3800/1
www.allianz.com.ar

Este documento está clasificado como interno y sólo es válida la versión electrónica disponible en la intranet.
Versión 02 – Junio 2014 – Nivel 0 – Documento Público

Artículo 1° Objeto
El seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 1567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia.
Artículo 2° Exclusiones
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley 16.600
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.
Artículo 3° Prestación
La prestación establecida por el Decreto 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a la prestación del seguro una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.
Articulo 4° Contratación del Seguro- Responsabilidad del Empleador
Las pólizas de Seguros Colectivos de Vida Obligatorio Decreto W _1567/74 autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva Superintendencia de Seguros de la Nación.
El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio, ante la falta de concertación del seguro.
Artículo 5° Prima - Suma Asegurada
El costo del seguro estará a cargo del empleador.
Articulo 8° Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 y Designación de Beneficiarios
Dentro de los 15 (quince) días de contratada la cobertura, o de denunciada la incorporación del nuevo empleado según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por coda asegurado, el Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 y Designación de Beneficiario, conforme al modelo de anexo adjunto al presente Reglamento.
El comprobante de Incorporación al Seguro y de Designación de Beneficiario deberá ser debidamente completado por el tomador y el asegurado. El original deberá ser remitido dentro de los 15 (quince) días de recibido a la aseguradora, dejando constancia de la fecha de recepción de los mismos. El duplicado quedará en poder del tomador y el triplicado será entregado por el tomador al asegurado.
Articulo 9° Designación de Beneficiarios
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al tomador que acredite la comunicación fehaciente a los asegurados en orden a designar beneficiarios.
En el Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74 y Designación de Beneficiario que le proporcionará el empleador, el asegurado consignará el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarios del seguro, determinando, en su caso, la cuota parte que le asigna a cado uno de los beneficiarios designados.
Artículo 16° Falta de Designación de Beneficiarios
En caso de producirse el siniestro sin haberse completado la institución de beneficiarios, o si por cualquier causa tal designación hubiera caducado o quedado sin efecto se entiende que se designó a los herederos por el cual se abonará el beneficio a los herederos del causante declarados judicialmente o que surjan del acto de aprobación del testamento.
El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.
Artículo 17° Liquidación del Siniestro
Los aseguradores deberán requerir del tomador que acredite haber notificado fehacientemente de la existencia del beneficio al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado haya registrado y dirigida a los presuntos herederos y / o beneficiarios. En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un poder especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Los aseguradores liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1 Partida de defunción del asegurado
2 Certificado del empleador que acredite que el asegurado se encontraba empleado al momento del siniestro o último recibo de sueldo del que pueda deducirse a esta circunstancia
3 En caso de no existir designación de beneficiario o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, copia autenticada del testimonio de la declaración de herederos o del auto de aprobación del testamento
4 Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela
Completada la documentación indicada, el asegurador tendrá quince (15) días corridos para efectuar el pago del beneficio.
Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, herederos judicialmente declarados o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora, remitiendo fotocopia autenticada de la carpeta de siniestro.
Artículo 27 Prescripción
Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley 17.418.

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dto. 1567/74

Compañía Aseguradora Allianz Argentina Cía. De Seguros S.A.

Nombre y Apellido: Zonaya Ruiz

Documento Tipo: DNI N° 96203057 Expedido por:	CUIL 20-96203057-3 (O N° de Libreta de Ahorro)

Fecha de Nacimiento 26/12/1967			Capital Asegurado	Fecha de Ingreso al Empleo		
Día	Mes	Año	Conforme a la resolución vigente de la S.S.N.	Día 01	Mes 09	Año 2022

Domicilio Particular

Calle Juan Francisco Segui N° 3577 Piso 5-A Dto. CABA Cod. Postal 1425

Localidad Palermo Provincia CABA

Empleador

Calle _____ N° _____ Piso _____ Dto. _____ Cod. Postal _____

Localidad _____ Provincia _____

Beneficiarios

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%
Paula Reis	Hija	Juan Francisco Segui 3577 CABA		

Todo el personal asegurado deberá designar beneficiarios. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad.

Lugar y Fecha CABA 01/09/2022	Firma del Asegurado (O impresión digital) Zonaya Ruiz Firma del Empleador

Artículo 1° Objeto
El seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 1567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia.
Artículo 2° Exclusiones
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley 16.600
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.
Artículo 3° Prestación
La prestación establecida por el Decreto 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador, sólo tendrán derecho a la prestación del seguro una sola vez. La contratación del seguro queda a cargo del empleador en que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.
Articulo 4° Contratación del Seguro- Responsabilidad del Empleador
Las pólizas de Seguros Colectivos de Vida Obligatorio Decreto W _1567/74 autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora pública o privada, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva Superintendencia de Seguros de la Nación.
El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio, ante la falta de concertación del seguro.
Artículo 5° Prima - Suma Asegurada
El costo del seguro estará a cargo del empleador.
Articulo 8° Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 y Designación de Beneficiarios
Dentro de los 15 (quince) días de contratada la cobertura, o de denunciada la incorporación del nuevo empleado según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por coda asegurado, el Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 y Designación de Beneficiario, conforme al modelo de anexo adjunto al presente Reglamento.
El comprobante de Incorporación al Seguro y de Designación de Beneficiario deberá ser debidamente completado por el tomador y el asegurado. El original deberá ser remitido dentro de los 15 (quince) días de recibido a la aseguradora, dejando constancia de la fecha de recepción de los mismos. El duplicado quedará en poder del tomador y el triplicado será entregado por el tomador al asegurado.
Articulo 9° Designación de Beneficiarios
Todo el personal asegurado deberá designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al tomador que acredite la comunicación fehaciente a los asegurados en orden a designar beneficiarios.
En el Comprobante de Incorporación al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74 y Designación de Beneficiario que le proporcionará el empleador, el asegurado consignará el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarios del seguro, determinando, en su caso, la cuota parte que le asigna a cado uno de los beneficiarios designados.
Artículo 16° Falta de Designación de Beneficiarios
En caso de producirse el siniestro sin haberse completado la institución de beneficiarios, o si por cualquier causa tal designación hubiera caducado o quedado sin efecto se entiende que se designó a los herederos por el cual se abonará el beneficio a los herederos del causante declarados judicialmente o que surjan del acto de aprobación del testamento.
El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.
Artículo 17° Liquidación del Siniestro
Los aseguradores deberán requerir del tomador que acredite haber notificado fehacientemente de la existencia del beneficio al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado haya registrado y dirigida a los presuntos herederos y / o beneficiarios. En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un poder especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Los aseguradores liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1 Partida de defunción del asegurado
2 Certificado del empleador que acredite que el asegurado se encontraba empleado al momento del siniestro o último recibo de sueldo del que pueda deducirse a esta circunstancia
3 En caso de no existir designación de beneficiario o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, copia autenticada del testimonio de la declaración de herederos o del auto de aprobación del testamento
4 Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela
Completada la documentación indicada, el asegurador tendrá quince (15) días corridos para efectuar el pago del beneficio.
Ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, herederos judicialmente declarados o testamentarios, transcurridos tres meses desde la producción del siniestro, la entidad aseguradora deberá depositar el importe de la prestación en la Caja Compensadora, remitiendo fotocopia autenticada de la carpeta de siniestro.
Artículo 27 Prescripción
Los derechos que corresponden al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, se rigen en materia de prescripción por el artículo 58 de la Ley 17.418.