



Contratante / Tomador de la póliza:	Póliza N°
-------------------------------------	-----------

**Asegurado Titular (Empleado)**

Apellido y Nombres:		
Fecha de Nacimiento	Tipo y N° de Documento: (DNI) (LC) (LE) (CI):	
Fecha Ingreso al Empleo	Fecha Alta al Seguro	Estado Civil:

¿Padece usted alguna enfermedad? SI  NO  En caso afirmativo indicar cuáles: .....

**Datos del cónyuge** **COMPLETAR SOLO SI ASEGURA A SU CONYUGE (Si está su inclusión contemplada en la póliza)**

Apellido y Nombres:	
Fecha de Nacimiento	Tipo y N° de Documento: (DNI) (LC) (LE) (CI):

¿Padece su cónyuge alguna enfermedad? SI  NO  En caso afirmativo indicar cuáles: .....

**Beneficiarios del Titular**

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Documento	Edad	Vínculo con el Titular	%

Certifico que toda la información contenida en el presente formulario es auténtica y me comprometo a actualizar la misma. Toda falsa declaración y/o reticencia hace nula la cobertura, según el Art. 5 de la Ley 14.418, Ley de Seguros.

**Información importante para el Asegurado (Instrucciones):**

1. A los efectos de la rápida liquidación de un siniestro, es de fundamental importancia que este formulario sea completado en toda su extensión, aún cuando los Beneficiarios designados sean, a la vez, herederos legales del Asegurado. Siempre es necesario que figuren los nombres completos, números de documento y porcentaje a recibir de cada Beneficiario;
2. Si no se designaran Beneficiarios individualizados, ellos resultarán ser los Herederos Legales (conforme artículo 145, último párrafo de la ley 17.418). Pero, al no estar designados, necesariamente deberá solicitarse una declaratoria judicial de herederos, lo cual complicará y demorará la liquidación y pago de un siniestro, hasta que un juez intervenga y la emita. Para ello deberá abrirse la sucesión del Asegurado, quizás por ese único motivo. La aseguradora no puede pagar, en estos casos, sin esa declaratoria;
3. Es fundamental que en todos los casos se establezca el porcentaje del beneficio que quiere adjudicarse a cada Beneficiario. De lo contrario, se entenderá que se reparte por partes iguales entre los designados (artículo 145, primer párrafo de la ley 17.418);
4. Es importante que se indique si el Asegurado desea que, en caso de prefallecimiento de un Beneficiario, les corresponde a los otros el derecho de acrecer, es decir que dicho porcentaje sea repartido entre los otros beneficiarios de acuerdo al los porcentajes designados. De lo contrario, la parte de los Beneficiarios premuertos, corresponderá a los Herederos Legales del Asegurado, con lo cual nuevamente estaremos frente a la necesidad de la declaratoria de herederos;
5. Si al momento del llenado de este formulario, alguno de los Beneficiarios es menor de edad (21 años, salvo que estuviera emancipado civilmente), es necesario que se designe a una persona mayor de edad con carácter de "Tutor" para recibir el beneficio en nombre del Beneficiario, en caso en que, al momento del cobro de la indemnización, éste sea todavía menor de edad. Caso contrario, esa designación deberá ser hecha por un juez, lo cual demorará nuevamente la liquidación y pago del siniestro.

FIRMA DEL TITULAR

ACLARACIÓN

LUGAR Y FECHA

**Nota:** Todas las firmas deben ser originales, esta solicitud debe completarse en su totalidad con los datos requeridos incluyendo la FIRMA, ACLARACION y LUGAR y FECHA para que la misma sea válida.

La 1ª hoja será entregada a la Cía. de seguros, la 2ª para la empresa y usted debe conservar la 3ª como constancia

La 1ª hoja será entregada a la Cía. de seguros, la 2ª para la empresa y usted debe conservar la 3ª como constancia

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74**

N° Poliza

Compañía Aseguradora:

Nombre y Apellido:

N° Legajo, registro, Ficha, etc.:

Documento: Tipo: N°

C.U.I.L.:

Expedido por:

(o N° Libreta de Ahorro)

Fecha de Nacimiento

CAPITAL ASEGURADO

Fecha de ingreso al empleo

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Domicilio Particular:

Calle: ..... N° ..... Piso: ..... Depto.: ..... Cód. Postal: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Empleador:

Domicilio Particular:

Calle: ..... N° ..... Piso: ..... Depto.: ..... Cód. Postal: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

BENEFICIARIOS:

Nombre y Apellido	Parentesco	Domicilio	Documento	%

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

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado:  
(o impresión digital)**El original será entregado a la Compañía ante caso de siniestro únicamente (Art. 8 - Resolución 30.729)****TODAS LAS FIRMAS DEBEN SER EN ORIGINAL**TALON BLANCO: ASEGURADORA - VERDE: EMPLEADOR - CELESTE: EMPLEADO  
ENTREGA A LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTROS