

FORMULARIO DE DENUNCIA

SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO | DECRETO 1567/74

NOTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO – Artículo 15º de la Resol. 35.333 de la S.S.N.

1 - Datos del empleador

Razón Social:

Póliza:

Teléfono:

E-mail:

2 - Datos del empleado/trabajador

Apellido/s / Nombre/s:

C.U.I.L.

3 - Datos de/los beneficiario/s

Apellido/s / Nombre/s:

Tipo de Documento (D.N.I. L.E. L.C. Otro)

Parentesco:

Domicilio:

Nº

Piso:

Departamento:

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Email:

Tomamos conocimiento:

1. De la existencia del beneficio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74 reglamentado mediante la Resolución 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación
2. Que su cobro puede efectuarse personalmente y que en caso de requerirse el cobro a través de mandatarios, se requerirá a tal efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
3. Que en caso de no existir designación de beneficiario, o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quedara sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241.
4. Que, si los beneficiarios son incapaces, deberá presentarse la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela.
5. Que ante la falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o los reglados por los Artículos 53º y 54º de la Ley 24.241, o testamentarios, la entidad aseguradora deberá depositar el importe en la Caja Compensadora.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración del Beneficiario

Sello y Firma del Empleador

DATOS A COMPLETAR POR LA COMPAÑÍA

Documentación presentada

- Partida de Defunción extendida por el Registro Nacional de las Personas
- Constancia de CUIL del trabajador
- Nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento
- Constancia del pago del premio de los 3 meses anteriores al fallecimiento
- Copia certificada por el empleador del último recibo de sueldo emitido o liquidación final
- Copia certificada por el empleador del último recibo de sueldo firmado por el trabajador fallecido
- Formulario original de la Designación de Beneficiario firmado por el empleado fallecido
- Declaración del último domicilio real del beneficiario
- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del beneficiario
- De no haber cumplimentado la designación del beneficiario consultar a (011) 5239-2030 – Departamento de Siniestros -

Firma y Sello

Por NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
