

Sr. Trabajador

Usted cuenta con un Seguro de Vida Colectivo Obligatorio

RECUERDE QUE

OBJETO DEL SEGURO. QUIÉNES ESTÁN EXCLUIDOS.

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 cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Único de Seguridad Social, encontrándose excluidos los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600 y los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

PRESTACIÓN.

La prestación establecida por el Decreto N° 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 ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral y, en caso de igualdad quedará a opción del trabajador.

CONTRATACIÓN DEL SEGURO. RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR.

La contratación del seguro está a cargo del empleador, quien en caso de no contratarlo o de no abonar las primas, es el responsable directo del pago del beneficio.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

El personal asegurado tiene derecho a designar beneficiarios, para lo cual deberá cumplimentar por triplicado el formulario que le hará entrega el empleador.

El Original y el Duplicado quedará en poder del tomador quien lo presentará a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA EL COBRO DEL BENEFICIO.

- Partida de defunción del trabajador asegurado.
- Constancia de Clave Única de Identificación Laboral (CUIL) del trabajador.
- Copia de la nómina de empleados del tomador del seguro correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
- Formulario de Designación de Beneficiarios.
- En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, deberá presentar copia autenticada de la declaración de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53° y 54° de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición y que se establece en el Artículo 15 del reglamento.

PLAZO PARA EL COBRO DEL BENEFICIO.

Completada la documentación, el asegurador tendrá 15 (quince) días corridos para efectuar el pago.

FALTA DE RECLAMO DE LOS BENEFICIARIOS.

Si los beneficiarios o herederos no efectúan el reclamo del beneficio o ante la falta de presentación de la documentación requerida para el pago del mismo, la aseguradora transferirá los fondos a la Superintendencia de Seguros de la Nación, donde deberán continuar el trámite para el cobro de los mismos.

DERECHO A MODIFICAR LOS BENEFICIARIOS.

El asegurado tiene derecho a designar beneficiarios en el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, el asegurado tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento por escrito sin ninguna otra formalidad.



EDIFICIO MAPFRE:
Alférez Hipólito Bouchard 4191
(B1605BNA), Munro, Buenos Aires

Servicio de Atención al Cliente

0810-666-7424

e-mail: vidaobligatorio@mapfre.com.ar