

SEGURO DE VIDA COLECTIVO DEL CCT 308/75 – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

TOMADOR	C.U.I.T.
FUVA / AVVA	

EMPLEADO ASEGURADO

Apellido y Nombres			
Documento: Tipo y Nro.	C.U.I.L.	Fecha de Nacimiento	
Calle Nro., Piso, Localidad, Provincia y Código Postal			
Estado Civil		Fecha Ingreso al Empleo	

EMPLEADOR

Nombre y Apellido o Razón Social	C.U.I.T.
Calle, nro, piso, localidad, provincia y código postal	

BENEFICIARIOS

Apellido y Nombres	Domicilio	Parentesco	Documento	%

Designar beneficiarios en la cobertura contratada es un derecho que usted posee. La no designación de los beneficiarios o su designación errónea implicará demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, tiene el derecho a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad. El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad. Los datos personales que usted nos brinde serán almacenados en nuestra base de datos, para ser utilizados con motivo de la relación comercial que lo vincula/rá con la Compañía. (Art. 6. Ley 25.326)

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326.

La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, órgano de control de la ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha	Firma del asegurado
---------------	---------------------

IMPORTANTE: UNA VEZ COMPLETADO EL PRESENTE FORMULARIO REMITIR EL ORIGINAL FIRMADO Y FECHADO A SOL NACIENTE SEGUROS

TALON PARA EL ASEGURADO

Lugar y Fecha:

C.U.I.L.	EMPLEADO – APELLIDO Y NOMBRES
EMPLEADOR	TOMADOR FUVA / AVVA

Formulario de Designación de Beneficiarios

1. **A través del presente formulario se designan los beneficiarios para el cobro del Seguro contratado con esta Compañía.**

Los Beneficiarios podrán ser familiares o no, es decir que el asegurado podrá designar a cualquier persona o personas.

Si el asegurado no designa beneficiarios, el seguro se pagará por partes iguales a los herederos legales y forzosos (cónyuge, hijos, padres, hermanos, etc. según corresponda en cada caso) para lo cual se solicitará a los derechohabientes una declaratoria judicial de herederos.

2. **Cuando el asegurado no deseara especificar beneficiarios** (es decir que en caso de fallecimiento aplicará el punto 1), debería completarse el formulario con todos los datos correspondientes al asegurado y al empleador y trazar líneas en los espacios en blanco en los datos de beneficiarios de modo de invalidar este sector del formulario.

3. **Se pueden especificar porcentajes diferentes a cada beneficiario** (no es necesario que sea en partes iguales). La suma de los porcentajes **debe dar como resultado el 100%**.

Si no se especifican porcentajes, el seguro se dividirá por partes iguales entre todos los beneficiarios designados.

Al completar el formulario el asegurado debe tener en cuenta:

a) Si se completa a mano:

- Completar **con letra clara y legible**.
- **No deberá haber cambio de letra ni de tinta** en ninguno de los campos del formulario **incluida la firma del asegurado**.

b) Si se completa a máquina y/o procesador de texto:

- **No deberá haber cambio de tinta de impresión en ninguno de los campos del formulario** (es decir, no puede haber cambio de tinta o de tipografía o de medio de impresión)

c) En todos los casos:

- Los datos requeridos del **"TOMADOR"** corresponden a la Entidad (Sindicato, Obra Social, Federación, etc.) que ha contratado con esta Compañía la cobertura de Seguro.
- **Deberá estar firmado por el asegurado**. La impresión de una huella dactilar podrá reemplazar a la firma en aquellos casos en los que el asegurado no sepa firmar o su imposibilidad física para hacerlo esté debidamente acreditada (siempre y cuando esté lúcido y en dominio de sus capacidades).
- **En caso de tener tachaduras o enmiendas, deben ser salvadas claramente** y no dejar lugar a dudas (ejemplo: "En el DNI digo 20.202.020").
- Cada enmienda o tachadura debe ser salvada por separado, deberá hacerse con la misma letra y la misma tinta con la que se completó el formulario y deberá llevar al final la firma del asegurado (una firma por cada enmienda o aclaración).

Importante: una vez completado el formulario deberá hacer llegar personalmente, por correo postal o por mensajería, **un original impreso, firmado por el asegurado** y fechado a Sol Naciente Seguros SA, Av. Las Heras 2126, 3° P C1127AAQ, CABA, de lunes a viernes de 9 a 13:00 h