

INCORPORACIÓN

Información general y guía para completar el formulario

Leer con atención

1 Incorporación del agente judicial al seguro de vida

Póliza 4272: agentes de Administración de Justicia

Póliza 4270: agentes del Ministerio Público

Condiciones: ser agente activo.

Riesgos que cubre:

Fallecimiento del agente (asegurado titular).

Cese por incapacidad laboral del agente (asegurado titular)

Capital a asegurar: se puede optar por 25 o 35 sueldos, lo equivale al monto que resulta de multiplicar el subtotal de haberes (sin descuentos) por 25 o 35.

Descuento mensual: por cada \$1000 de capital a asegurar se descuenta 0,895.

¿Cómo estimar de manera fácil el descuento (prima mensual)?

Si la opción es por 25 sueldos, multiplicar el subtotal de haberes x 25 y el resultado x 0,000895

Si la opción es por 35 sueldos, multiplicar el subtotal de haberes x 35 y el resultado x 0,000895

Código con el que se individualiza el descuento en el recibo de sueldo:

1581 si la opción es por 25 sueldos

1582 si la opción es por 35 sueldos.

2 Incorporación del cónyuge/conviviente al seguro de vida

Condiciones: vínculo con el agente activo.

¿se puede asegurar al cónyuge/conviviente si el agente judicial no se asegura? No, porque esta opción es una extensión del seguro del agente

Riesgos que cubre: Fallecimiento del cónyuge/conviviente asegurado. No cubre la incapacidad.

Capital a asegurar: la misma opción que el asegurado titular (25 o 35 sueldos).

Descuento mensual: el mismo importe que se descuenta por el seguro de vida del agente asegurado titular.

Ambos descuentos se practican sobre los haberes del agente judicial.

Código con el que se individualiza el descuento en el recibo de sueldo:

1591 si la opción es por 25 sueldos.

1592 si la opción es por 35 sueldos.

3 Incorporación al seguro de vida familiar

Póliza 4273: agentes de Administración de Justicia

Póliza 4271: agentes del Ministerio Público

Condiciones: ser agente activo.

Riesgos que cubre:

Fallecimiento del Agente judicial, su cónyuge o conviviente, sus hijos menores de edad o mayores discapacitados, sus padres y suegros (grupo familiar primario).

Los padres y suegros deben ser menores de 70 años a la fecha de incorporación al seguro.

Beneficiarios: el agente judicial asegurado titular es el beneficiario en caso de fallecimiento de cualquier persona de su grupo familiar primario.

En caso de fallecimiento del agente judicial, el o los beneficiario/s son los designado/s en esta póliza o en su defecto, los designados en el seguro personal (25/35 sueldos) en caso de haberse incorporado.

Capital asegurado: monto fijo que se actualiza periódicamente.

Por fallecimiento del agente, cónyuge o conviviente e hijos, actualmente es de \$1.500.000.

Por fallecimiento de padres o suegros, actualmente es de \$250.000.

Descuento mensual: monto fijo que se actualiza periódicamente, actualmente \$3.990.-

Código con el que se individualiza el descuento en el recibo de sueldo: 189

Observe en la página siguiente la guía para completar el formulario

Sigue la guía del formulario



Guía para completar el formulario

Completar los casilleros con letra clara

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Solicito mi incorporación ☒ Solicito actualizar datos ☐ Póliza N°

PROVINCIA Seguros

Contratante: PODER JUDICIAL Vigencia Inicial de la Póliza

Solicitante: Asegurado Titular Legajo N°

Apellido y Nombres: F. Nac. / / sexo: M F

Documento: DNI L.C. LE CUIL N° Nacionalidad: ¿Es Zurdo?

Domicilio: Calle: Polterero/Casado/Divorc./Viudo

Localidad: CP: Provincia: Tel:

Ingreso al Seguro: / / Capital a Asegurar/Asegurado: 25 o 35 sueldos

Beneficiarios del Titular

Apellido y Nombres Parentesco Documento % Fecha de Nac.

indicar los datos completos de los beneficiarios

Si no desea que la indemnización correspondiente a los menores de edad sea abonada a quienes ejerzan la patria potestad, hágalo constar seguidamente:

Cónyuge/concubino o conviviente a Asegurar (completar únicamente en caso de solicitar o actualizar cobertura)

Apellido y Nombres: Doc.: DNI L.C. LE N° F. Nac. / /

¿Es Zurdo?

Beneficiarios del Cónyuge

Apellido y Nombres Parentesco Documento % Fecha de Nac.

indicar los datos completos de los beneficiarios del cónyuge o conviviente

S.V.C. Plus (Familiar) ☒ Sepelio ☐ Póliza N°

Firma: firma cónyuge/conviviente

Datos del Grupo Familiar Primario (completar únicamente en caso de solicitar o actualizar cobertura)

Apellido y Nombres Parentesco Documento Fecha de Nac.

Beneficiarios del Titular (Completar solamente para la cobertura de S.V.C. Plus (Familiar))

Apellido y Nombres Parentesco Documento % Fecha de Nac.

En caso de no existir designación de beneficiario por parte del titular, la indemnización será abonada de la siguiente forma: en caso de fallecimiento de algún miembro del grupo familiar, el beneficiario será el titular, en caso de fallecimiento de éste, será beneficiario el cónyuge, en su defecto los hijos o en su defecto los padres.

ACCIDENTES PERSONALES ASEGURADO TITULAR POLIZA N°

Cobertura de seguros

Tipo de Cobertura

24 hs. ☐ Trabajo e Itinerario ☐ Muerte ☐ Invalidez ☐

Beneficiarios en caso de fallecimiento

Apellido y Nombres Parentesco Documento % Fecha de Nac.

NO COMPLETAR

En caso de no existir designación de beneficiario se darán como válidos los designados para el Seguro Colectivo

Firma:

Por la presente autorizo al Contratante desde la fecha y en adelante a retener de mis haberes el importe respectivo, a fin de cubrir las primas de acuerdo a las condiciones de Póliza contratadas con Provincia Seguros S.A., que declaro conocer y aceptar.

Este seguro comenzará a regir a partir de la cero horas del día primero del mes siguiente a aquel en que se refleje el primer descuento en el recibo de haberes, siempre y cuando en esa fecha el asegurado se encuentre con concurrencia normal al empleo, percipiéndolo regular de haberes y sin encontrarse en uso de licencias por enfermedad o extraordinarias con o sin sueldo.

Declaro conocer que el art. 5° de la Ley de Seguros 17418 establece que "todo declarante falso o toda negligencia de circunstancias conocidas por el asegurado, que no lo fueren de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o que fuesen circunstancias si el asegurado moviere a la designación del verdad del riesgo, hace nulo el contrato".

Firma del agente solicitante

Firma del asegurado Titular

Firma del empleador

Firma del Asesor de Provincia Seguros S. A.

La presente declaración producirá efectos futuros y complementarios, y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.

El Asegurador podrá solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación, con relación a la Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (1067) Buenos Aires, o al teléfono 011-4338-4000 en el horario de 12:30 a 18:30, o vía Internet a la dirección www.ssa.gov.ar

PS N° 417/200 - 000-0000- Seguro de Vida Colectivo