

Capítulo seguros de vida



Ley 3011

Instructivo para el llenado de pólizas de seguro

- Compañero, compañera docente, para cumplimentar este formulario se le deberá estar efectuando el descuento correspondiente a este seguro - Código 510 (activo) o 709 (jubilado).
- Llenar el formulario con letra legible, preferentemente a máquina o imprenta mayúscula (ambas partes) con igual trazo y birome.
- Sin enmendaduras, tachaduras, borrones, respetando márgenes.
- La firma del titular deberá ser ante Juez de Paz o Escribano Público.
- Posteriormente entregar o enviar el formulario a dirección Seguro de Vida (Ley 3011. Casa de Gobierno. Paraná)

debiendo adjuntar fotocopia del último recibo de sueldo y 1ra y 2da hoja del DNI, LC o LE del asegurado y copia del DNI de los beneficiarios.

- Si renueva la póliza acompañar con el anterior formulario
- **IMPORTANTE:** En el caso de que los beneficiarios designados sean menores de edad al momento del fallecimiento del titular, se deberá iniciar el proceso judicial correspondiente para proceder a la liquidación del seguro.
- Este trámite administrativo se realiza a través de AGMER en forma gratuita.

IMPORTANTE: Se debe retirar planilla original color verde. La imagen de la página siguiente es sólo ilustrativa.



CONTADURÍA GENERAL DE LA
PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

Nro. de Póliza

LEY 3011
SEGURO DE VIDA SOLIDARIO DE LOS
AGENTES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA
IMPORTANTE: ANTES DE COMPLETAR LEER INDICACIONES AL DORSO

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S			
NOMBRE/S			
FECHA DE NACIMIENTO	TIPO DOC.	NRO.	
DOMICILIO			
LOCALIDAD	PROVINCIA		
NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE			
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE			
REPARTICION EN LA QUE PRESTA SERVICIO			
FECHA DE INGRESO			
EN CASO DE SER JUBILADO CONSIGNAR Nº DE LEGAJO			

BENEFICIARIOS

	Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

Firma del Asegurado _____

Certifico que la Firma que antecede corresponde al Señor: _____
_____ y ha sido puesta en mi presencia.

Lugar y Fecha

Firma y Sello de Juez de Paz o Escribano Público



CONTADURÍA GENERAL DE LA
PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

Nro. de Póliza

LEY 3011
SEGURO DE VIDA SOLIDARIO DE LOS
AGENTES DE LA ADMINISTRACION PUBLICA

Conste que _____
Empleado en _____ Se encuentra afiliado al
SEGURO DE VIDA SOLIDARIO y ha instituído **BENEFICIARIOS** del mismo a:

	Apellido y Nombre	Tipo y Nro. de Documento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

EL PRESENTE PEDIDO DEBERA EFECTUARSE LUEGO DE HABER PERCIBIDO EL TERCER MES DEL HABER PREVISIONAL Y NO PRODUCIRSE EL DESCUENTO EN EL RECIBO RESPECTIVO (COD. 709 – SEGURO DE VIDA LEY 3011)

PARANÁ, ____ de _____ de 2009

SEÑOR
DIRECTOR DE SEGURO DE VIDA – LEY 3011
DR. DANILO G. CARGNEL
S _____ / _____ D

Quien suscribe _____

D.N.I./L.C./L.E N° _____, domiciliado en calle _____

N° _____ de _____ teléfono N° _____, se dirige a usted a los

efectos de solicitarle disponga la continuidad del SEGURO DE VIDA – LEY 3011 que poseía como

agente activo, por haber obtenido el beneficio de la Jubilación, _____ en

fecha _____ con cargo/categoría _____ en _____ del

Departamento _____.

A tal fin adjunto, fotocopia del último recibo de sueldo como activo y último recibo de haber previsional.

Sin otro motivo saluda a Ud. muy atte.



Gobierno de Entre Ríos

PARANÁ,..... de..... de

SEÑOR
DIRECTOR DE SEGURO DE VIDA – LEY 3011
SU DESPACHO:

El/Los que suscriben.....

....., constituyendo domicilio especial en calle.....N°..... de la localidad de, teléfono (N° fijo) (.....)..... e-mail..... solicita/n la liquidación del Seguro de Vida – Ley 3011, instituido a mi/nuestro favor por el/la afiliado/a extinto/a....., Tipo Documento N°..... Asimismo solicito se considere la posibilidad de liquidarse el adelanto previsto en las normas vigentes.

El asegurado, falleció en fecha / /, encontrándose en actividad/jubilado (tachar lo que no corresponda) y prestó servicios en

SE ADJUNTA A LOS EFECTOS PERTINENTES:

- 2 (DOS) ACTAS DE DEFUNCIÓN DEL AFILIADO ORIGINAL EXPEDIDA POR REGISTRO DEL ESTADO CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS.
- 2 (DOS) COPIAS DE L.E./L.C. O D.N.I. DE LOS BENEFICIARIOS CERTIFICADAS POR ESCRIBANO PÚBLICO O JUEZ DE PAZ.
- POLIZA DE SEGURO ORIGINAL.
- COPIA DE ACTA DE MATRIMONIO DEL BENEFICIARIO CERTIFICADA POR ESCRIBANO PUBLICO O JUEZ DE PAZ. (En el caso que se especifique en la póliza el grado de parentesco. Ej. Esposa/o, o bien no consignare DNI/LE/LC. del beneficiario en la póliza)
- COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO DEL O LOS BENEFICIARIOS CERTIFICADA POR ESCRIBANO PÚBLICO O JUEZ DE PAZ. (En el caso que se especifique en la póliza el grado de parentesco. Ej. Hija/o, o bien no consignare DNI/LE/LC. del beneficiario en la póliza)
- COPIA DEL ÚLTIMO RECIBO DE HABERES DEL AFILIADO CERTIFICADO POR ESCRIBANO PÚBLICO O JUEZ DE PAZ.

Saludan al Sr. Director muy atentamente.

FIRMA – ACLARACION – D.N.I.

LAS FOTOCOPIAS DEBEN SER LEGIBLES, CASO CONTRARIO NO SE DARÁ TRÁMITE A LA SOLICITUD.

DIRECCIÓN DE SEGURO DE VIDA – LEY 3011 – TELÉFONO 0343-4208667



JUBILADOS DE LA PROVINCIA – COBERTURA CODIGO 713

- Ley Provincial 7359 -

PRESTACION: Servicio de Sepelio para Titular, Cónyuge, hijos menores de 21 años y discapacitados sin límite de edad, y comprende las siguientes prestaciones:

- Servicio de Sepelio compuesto de Ataúd Bovedilla dos paneles, con o sin caja metálica, mortaja y blondas volcables, herrería imitación plata vieja, placa identificatoria y símbolos religiosos
- Sala de velatorio o instalación en domicilio particular. Servicios de calle del lugar del fallecimiento hasta el lugar del velatorio y desde éste hasta el cementerio elegido para la inhumación en un radio de hasta 30 km.
- Coche Fúnebre, coche porta-flores y un remis
- Necrológica en diario o radio local.

PRESTADORES: en Paraná, a través de SASFER y en el resto de la provincia en cualquiera de las Empresas asociadas a la Asociación de Cocherías Fúnebres de Entre Ríos con la sola presentación del último recibo de haberes.-

DOCUMENTAL A PRESENTAR: fotocopia del testimonio de defunción certificado y/o legalizado en original, fotocopia del último recibo de haberes percibido, factura original por la presentación del servicio de sepelio en caso de tratarse de un servicio fuera de la provincia, fotocopia de la libreta de familia o de acta de convivencia en caso de fallecer el adherente.-



JUBILADOS DE LA PROVINCIA – COBERTURA CODIGO 713

- Ley Provincial 7359 -

PRESTACION: Servicio de Sepelio para Titular, Cónyuge, hijos menores de 21 años y discapacitados sin límite de edad, y comprende las siguientes prestaciones:

- Servicio de Sepelio compuesto de Ataúd Bovedilla dos paneles, con o sin caja metálica, mortaja y blondas volcables, herrería imitación plata vieja, placa identificatoria y símbolos religiosos
- Sala de velatorio o instalación en domicilio particular. Servicios de calle del lugar del fallecimiento hasta el lugar del velatorio y desde éste hasta el cementerio elegido para la inhumación en un radio de hasta 30 km.
- Coche Fúnebre, coche porta-flores y un remis
- Necrológica en diario o radio local.

PRESTADORES: en Paraná, a través de SASFER y en el resto de la provincia en cualquiera de las Empresas asociadas a la Asociación de Cocherías Fúnebres de Entre Ríos con la sola presentación del último recibo de haberes.-

DOCUMENTAL A PRESENTAR: fotocopia del testimonio de defunción certificado y/o legalizado en original, fotocopia del último recibo de haberes percibido, factura original por la presentación del servicio de sepelio en caso de tratarse de un servicio fuera de la provincia, fotocopia de la libreta de familia o de acta de convivencia en caso de fallecer el adherente.-

Instituto Autárquico Provincial del Seguro de Entre Ríos	
Solicitud Individual de Seguro Colectivo de Vida e Incapacidad	
INCORPORACION	ACTUALIZACION
TACHE LO QUE NO CORRESPONDA	
APELLIDO Y NOMBRES	INICIO VIGENCIA
CALLE Y N°	POLIZA N°
LOCALIDAD	CERTIFICADO N°
A COMPLETAR POR EL INSTITUTO	
Solicita su incorporación al seguro de vida colectivo e incapacidad en un todo de acuerdo con las condiciones generales y/o especiales de la Póliza respectiva, que declara conocer y aceptar y cuyas disposiciones principales obran en el respectivo certificado individual, suministra los siguientes datos personales.	
CONTRATANTE	CAPITAL ASEGURADO
Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento
DIA	MES
AÑO	AÑO
MUERTE	INCAPACIDAD
BENEFICIARIOS: (Nombre y Apellido completos; parentesco, domicilio y documento de identidad)	
Si en oportunidad de hacerse efectivo este Seguro, alguno de los beneficiarios fuere menor de edad el importe que le correspondiere se abonará de acuerdo a las normas legales vigentes.	
DECLARACION DE SALUD	
Lo atendió algún médico en los dos últimos años? _____ Cúales? _____ Por qué? _____	
Padece alguna enfermedad o incapacidad? _____ Cúales? _____	
Goza de buena salud? _____	
Advertencias: En caso de ocultación declaración falsa o reticencia por parte del solicitante será de aplicación el Artículo 5° de la Ley 17418	
Lugar y Fecha	Firma del Asegurado
Certifico la autenticidad de la firma que antecede	
Lugar y Fecha	Firma del Contratante
LA FIRMA EN EL ANVERSO DE LA PRESENTE IMPLICA EL CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE LAS CLAUSULAS PARTICULARES EXPRESADAS EN EL DORSO	

CLAUSULAS PARTICULARES

- 1a Queda entendido y convenido que el Instituto se reserva el derecho de aceptar, modificar o rechazar, parcialmente o totalmente esta Solicitud de Seguro; por razones técnicas, administrativas, legales o por exceso en el capital asegurado; según la escala de capitales, máximo por edades, vigentes a la fecha de esta contratación.
- 2a En caso de que el Instituto, de acuerdo a la cláusula 1ª, no acepte o modifique las condiciones de este seguro, deberá comunicarlo fehacientemente al Asegurado en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles, que empezarán a computarse desde el primer día en que deberá iniciar su vigencia de acuerdo a la Cláusula 4ª, sin exceder tampoco este plazo de los dos meses posteriores al mes en que este seguro fue suscripto por el Asegurado.
- 3a De producirse cualquier alternativa prevista en las Cláusulas anteriores, este Seguro podrá o no tomar vigencia efectiva cuando el Instituto lo decida, emitiendo la respectiva póliza o rechazando definitivamente-parcial o totalmente-la cobertura solicitada.
- 4a Caso contrario, la vigencia se iniciará el primer día del mes siguiente al de su contratación, siempre que el seguro se haya suscripto antes del día 20 de dicho mes; y cuando esta solicitud haya sido entregada fehacientemente al Instituto antes de la finalización del mismo mes. Si el seguro se contrata en el lapso que media entre dicho día 20 y hasta el día 19 del mes inmediato posterior, iniciará la vigencia el primer día del mes subsiguiente a este último.
- 5a El Capital Asegurado que se solicita contratar por la presente pasará o incrementará el o los seguros que el Asegurado pudiere tener en vigencia, con igual o distinto contratante; y siempre que no exceda el límite de capitales máximos por edades. Es obligación la declaración si existen estos seguros anteriores, con discriminación de montos.
- 6a La "Declaración de Salud" que figura al frente deberá ser contestada por el solicitante en todos sus interrogantes, sin excepción. Cualquier ocultamiento, reserva, información incompleta o poco clara, podrá provocar por parte del Instituto la no aceptación de este seguro; o el rechazo de un siniestro, de acuerdo al Art. 1° cláusula 2, de las Condiciones Generales y Art. 5° de la Ley 17418.
- 7a La "Firma del Asegurado" indica la conformidad de éste con todo lo consignado en el frente, no pudiendo aducirse desconocimiento o ignorancia de estas Cláusulas; ni de la Escala de Capitales máximos por edades vigentes a la fecha.

..... LUGAR Y FECHA SELLO Y FIRMA

San Martín 918 - Tel: 043 231500
Fax: 043 311727 - C.C. Nº 117



Por la presente solicito la continuación de mi SEGURO DE VIDA COLECTIVO, contratado con el Instituto Autárquico Provincial del Seguro de Entre Ríos, por intermedio de:
Y a la vez autorizo expresamente a la CAJA DE JUBILACIONES DE LA PROVINCIA a retener de mis haberes jubilatorios mediante el código 785, las primas que correspondan.

DATOS PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRE:
DOCUMENTO (Tipo y Número)
DOMICILIO:
LOCALIDAD:
CODIGOS DESCONTADOS EN ACTIVIDAD:

Paraná, de de

.....
Firma del Asegurado

Adjuntar: Fotocopia último Recibo de Sueldo en actividad y Notificación de Cese que realiza la Caja de Jubilaciones.