

|  |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
|--|------------|-------------------------|------------|-------------------------|-------------------------------------|---|------------|------------|
| <b>SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES</b><br>(Ley 16.600 y sus Modificaciones) |            |                         |            |                         |                                     | CERTIFICADO NRO.:                                       |            |            |
|  |            |                         |            |                         |                                     | POLIZA NRO:   |            |            |
| Compañía Aseguradora: <b>SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.</b>   |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
| <b>DATOS DEL CONTRATANTE</b>   |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
| Nombre y Apellido:   |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
| Documento Tipo:  | Nro.:      | Expedido por:           |            |                         | C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro) |   |            |            |
| Domicilio Particular (Calle):  |            | Nro.:                   | Piso:      | Dto.:                   | Código Postal:                      |   |            |            |
| Localidad:   |            |                         | Provincia: |                         |                                     |   |            |            |
| <b>DATOS DEL ASEGURADO</b>   |            |                         |            |                         |                                     | Nro. de legajo, registro, ficha, etc.                   |            |            |
| Nombre y Apellido:   |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
| Documento Tipo:  | Nº         | C.U.I.L.:               |            |                         |                                     |   |            |            |
| Expedido por:  |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>   |            | <b>VIGENCIA INICIAL</b> |            | <b>FECHA DE EMISION</b> |                                     | <b>FECHA DE INGRESO AL EMPLEO</b>                       |            |            |
| <b>DIA</b>   | <b>MES</b> | <b>AÑO</b>              |            |                         |                                     | <b>DIA</b>  | <b>MES</b> | <b>AÑO</b> |
|  |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
| Domicilio Particular:  |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
| Domicilio (Calle):   |            | Nro.:                   | Piso:      | Dto.:                   | Código Postal:                      |   |            |            |
| Localidad:   |            |                         | Provincia: |                         |                                     |   |            |            |
| <b>COBERTURA</b>   |            | <b>SUMA ASEGURADA</b>   |            | <b>PRIMA</b>            |                                     | <b>RIESGOS</b>  |            |            |
| Capital Básico Uniforme y Obligatorio  |            | \$ .....                |            |                         |                                     | Muerte e Incapacidad total y permanente para el trabajo |            |            |
| Capital Adicional  |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
| <b>BENEFICIARIOS (Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario/s)</b>                           |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
| <b>NOMBRE Y APELLIDO</b>   |            | <b>PARENTESCO</b>       |            | <b>DOMICILIO</b>        |                                     | <b>DOCUMENTO</b>  | <b>%</b>   |            |
|  |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
|  |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
|  |            |                         |            |                         |                                     |   |            |            |
| Lugar y fecha:   |            |                         |            | Firma del Empleador:    |                                     |   |            |            |

### COMUNICACIÓN AL ASEGURADO

- El Asegurado que se identifica en este certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al tomador del presente contrato de seguro.
- El Seguro de Vida Colectivo Obligatorio para Trabajadores Rurales previsto en la Ley 16.600 cubre los riesgos de Muerte e Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo. En caso de suicidio sólo se abonará:
  - El capital básico Uniforme Obligatorio.
  - El importe del capital adicional que tuviera una vigencia de más de un (1) año.
- El incumplimiento por parte del empleador lo hará responsable por:
  - El importe del seguro obligatorio, cuando no incorpore su personal al seguro.
  - Por el importe total del seguro contratado, cuando produzca la exclusión del asegurado, de tal modo que al ocurrir el siniestro el beneficiario o los derechohabientes del asegurado no perciban el importe del seguro.
- Las primas correspondientes al Seguro Obligatorio estarán íntegramente a cargo del empleador y las del seguro adicional a cargo de los asegurados (Artículo Nro. 9 – Condiciones Generales Comunes).
- El empleador o persona interesada deberá comunicar de inmediato al asegurador en los formularios que éste le suministre, el fallecimiento del asegurado de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo Nro. 11 de las Condiciones Generales Comunes, previa presentación del certificado defunción y cualquier constancia que correspondiere exigir según la causal de la muerte.
- Los beneficios previstos en esta póliza deberán ser abonados en forma íntegra dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada si correspondiere, la información complementaria solicitada por la Entidad Aseguradora, de conformidad con el Artículo Nro. 46 de la Ley 17.418. El plazo de denuncia será de 15 días. En el caso de fallecimiento este plazo deberá contarse desde que el denunciante toma conocimiento del siniestro. En caso de Invalidez Total y Permanente este plazo deberá contarse desde la finalización del período de 6 meses de Invalidez ininterrumpida estipulado en las Condiciones Generales Comunes, sin perjuicio de que pueda ser denunciado durante el citado período.
- Los Asegurados que se jubilen podrán hacer uso de la opción establecida, salvo manifestación en contrario, de acuerdo con lo establecido en el Artículo Nro. 14 de las Condiciones Generales Comunes, contratando un seguro de Vida Individual.
- Las acciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el beneficiario el plazo de prescripción se computa desde que conoce la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres (3) años desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del Asegurador.
- Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de la Entidad Aseguradora dirigiéndose personalmente o por nota a: Julio A. Roca 721 (C.P. 1067) Capital Federal, o por teléfono a los Nros. 4343-9090 / 4331-0188 / 4331-7456

TALON PARA EL EMPLEADOR

|  |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
|--|------------|------------|-------------------------|---------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|------------|
| <b>SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES</b><br>(Ley 16.600 y sus Modificaciones) |            |            |                         |               |                         | CERTIFICADO NRO.:                     |                                   |   |            |
|  |            |            |                         |               |                         | POLIZA NRO.:                          |                                   |   |            |
| Compañía Aseguradora: <b>SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.</b>   |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
| <b>DATOS DEL CONTRATANTE</b>   |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
| Nombre y Apellido:   |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
| Documento Tipo:  |            | Nro.:      |                         | Expedido por: |                         | C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)   |                                   |   |            |
| Domicilio Particular (Calle):  |            |            |                         | Nro.:         | Piso:                   | Dto.:                                 | Código Postal:                    |   |            |
| Localidad:   |            |            |                         | Provincia:    |                         |                                       |                                   |   |            |
| <b>DATOS DEL ASEGURADO</b>   |            |            |                         |               |                         | Nro. de legajo, registro, ficha, etc. |                                   |   |            |
| Nombre y Apellido:   |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
| Documento Tipo:  |            | Nº         |                         | C.U.I.L.:     |                         |                                       |                                   |   |            |
| Expedido por:  |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>   |            |            | <b>VIGENCIA INICIAL</b> |               | <b>FECHA DE EMISION</b> |                                       | <b>FECHA DE INGRESO AL EMPLEO</b> |   |            |
| <b>DIA</b>   | <b>MES</b> | <b>AÑO</b> |                         |               |                         |                                       | <b>DIA</b>                        | <b>MES</b>  | <b>AÑO</b> |
|  |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
| Domicilio Particular:  |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
| Domicilio (Calle):   |            |            |                         | Nro.:         | Piso:                   | Dto.:                                 | Código Postal:                    |   |            |
| Localidad:   |            |            |                         | Provincia:    |                         |                                       |                                   |   |            |
| <b>COBERTURA</b>   |            |            | <b>SUMA ASEGURADA</b>   |               |                         | <b>PRIMA</b>                          |                                   | <b>RIESGOS</b>  |            |
| Capital Básico Uniforme y Obligatorio  |            |            | \$ .....                |               |                         |                                       |                                   | Muerte e Incapacidad total y permanente para el trabajo |            |
| Capital Adicional  |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
| <b>BENEFICIARIOS (Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario/s)</b>                           |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
| <b>NOMBRE Y APELLIDO</b>   |            |            | <b>PARENTESCO</b>       |               | <b>DOMICILIO</b>        |                                       | <b>DOCUMENTO</b>                  |   | <b>%</b>   |
|  |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
|  |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
|  |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
|  |            |            |                         |               |                         |                                       |                                   |   |            |
| Lugar y fecha:   |            |            |                         |               |                         | Firma del Empleador:                  |                                   |   |            |

TALON PARA LA ASEGURADORA

|   |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
|---|------------|------------|-------------------------|---------------|-------|---------------------------------------|----------------|---|-----------------------------------|------------|------------|
| <b>SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES<br/>(Ley 16.600 y sus Modificaciones)</b> |            |            |                         |               |       | CERTIFICADO NRO.:                     |                |   |                                   |            |            |
|   |            |            |                         |               |       | POLIZA NRO.:                          |                |   |                                   |            |            |
| Compañía Aseguradora: <b>SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.</b>  |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| <b>DATOS DEL CONTRATANTE</b>  |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| Nombre y Apellido:  |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| Documento Tipo:   |            | Nro.:      |                         | Expedido por: |       | C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)   |                |   |                                   |            |            |
| Domicilio Particular (Calle):   |            |            |                         | Nro.:         | Piso: | Dto.:                                 | Código Postal: |   |                                   |            |            |
| Localidad:  |            |            |                         | Provincia:    |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| <b>DATOS DEL ASEGURADO</b>  |            |            |                         |               |       | Nro. de legajo, registro, ficha, etc. |                |   |                                   |            |            |
| Nombre y Apellido:  |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| Documento Tipo:   |            | Nº         |                         | C.U.I.L.:     |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| Expedido por:   |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>  |            |            | <b>VIGENCIA INICIAL</b> |               |       | <b>FECHA DE EMISION</b>               |                |   | <b>FECHA DE INGRESO AL EMPLEO</b> |            |            |
| <b>DIA</b>  | <b>MES</b> | <b>AÑO</b> |                         |               |       |                                       |                |   | <b>DIA</b>                        | <b>MES</b> | <b>AÑO</b> |
|   |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| Domicilio Particular:   |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| Domicilio (Calle):  |            |            |                         | Nro.:         |       | Piso:                                 |                | Dto.:   | Código Postal:                    |            |            |
| Localidad:  |            |            |                         | Provincia:    |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| <b>COBERTURA</b>  |            |            | <b>SUMA ASEGURADA</b>   |               |       | <b>PRIMA</b>                          |                | <b>RIESGOS</b>  |                                   |            |            |
| Capital Básico Uniforme y Obligatorio   |            |            | \$ .....                |               |       |                                       |                | Muerte e Incapacidad total y permanente para el trabajo |                                   |            |            |
| Capital Adicional   |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| <b>BENEFICIARIOS (Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario/s)</b>                            |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| <b>NOMBRE Y APELLIDO</b>  |            |            | <b>PARENTESCO</b>       |               |       | <b>DOMICILIO</b>                      |                |   | <b>DOCUMENTO</b>                  |            | <b>%</b>   |
|   |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
|   |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
|   |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
|   |            |            |                         |               |       |                                       |                |   |                                   |            |            |
| Lugar y fecha:  |            |            |                         |               |       | Firma del Empleador:                  |                |   |                                   |            |            |