



NRO. SOLICITUD:

Solicitud Individual de Cobertura - Seguro Colectivo de Sepelio

ARTÍCULO 5º DE LA LEY 17.418 "TODA DECLARACIÓN FALSA O TODA RETICENCIA DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO, AÚN HECHAS DE BUENA FE, QUE A JUICIO DE PERITOS HUBIERE IMPEDIDO EL CONTRATO O MODIFICADO SUS CONDICIONES SI EL ASEGURADOR HUBIERE SIDO CERCIORADO DEL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, HACE NULO EL CONTRATO."

EXCLUSIÓN DE OTROS SEGUROS: QUEDA EXPRESAMENTE ESTIPULADO QUE NINGUNA PERSONA ASEGURADA BAJO ESTA PÓLIZA PODRÁ ESTAR INCORPORADA O INCORPORARSE EN EL FUTURO A OTRO SEGURO DE SEPELIO, INDIVIDUAL O COLECTIVO, CONTRATADO CON EL ASEGURADOR U OTRA ENTIDAD ASEGURADORA. EN CASO DE TRANSGRESIÓN A LO EXPUESTO PRECEDENTEMENTE Y EN CASO DE PRODUCIRSE EL EVENTO CUBIERTO CADA ASEGURADOR CONTRIBUIRÁ PROPORCIONALMENTE AL MONTO DE SU CONTRATO.

IMPORTANTE: "LAS ACCIONES FUNDADAS EN EL CONTRATO DE SEGURO PRESCRIBEN EN EL PLAZO DE UN (1) AÑO, COMPUTADO DESDE QUE LA CORRESPONDIENTE OBLIGACIÓN ES EXIGIBLE, (...) EN EL SEGURO DE VIDA, EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN PARA EL BENEFICIARIO SE COMPUTA DESDE QUE CONOCE LA EXISTENCIA DEL BENEFICIO, PERO EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ DE TRES (3) AÑOS DESDE EL SINIESTRO. (ART. 58 LEY 17.418)"

SOLICITO SER INCLUIDO EN EL PLAN DE SEGURO COLECTIVO DE SEPTELIO - COBERTURA PRESTACIONAL / REINTEGO DE GASTOS DE SEPTELIO (SEGÚN CORRESPONDA) POR LA SUMA QUE TENGA O PUEDA TENER DERECHO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES CONVENIDAS CON HSBC SEGUROS DE VIDA (ARGENTINA) S.A. A QUIEN ME COMPROMETO A ABONAR EL PREMIO CORRESPONDIENTE, DE CORRESPONDER LAS CONDICIONES DEL SEGURO SON LAS ESTIPULADAS EN LA POLIZA QUE OBRA EN PODER DEL CONTRATANTE, Y QUE SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DELASEGURADO.

1. DATOS DEL TOMADOR

Nombre o Razón Social: _____
Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____
Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
E-mail: _____
Condición ante el IVA: Resp. Insc. Resp. No Insc. Cons. Final Ag. Retención Ag. Percepción Exento
Actividad: _____ CUIL CUIT Nro.: _____

2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres: _____

Documento Tipo: DNI LE LC PAS Nro.: _____

CUIT CUIL Nro.: _____ Condición IVA: _____

Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Lugar de Nacimiento: _____ Género: F M Estado Civil: S C D V

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____

Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

E-mail: _____

De acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, solicito la inclusión del grupo familiar que se detalla a continuación:

3. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR ASEGU RABLE

COBERTURAS SOLICITADAS (*DEBERÁ FIGURAR SÓLO LA OPCIÓN SELECCIONADA*)

PRESTACIONAL / REINTEGRO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

ENTREGA POR MEDIOS ELECTRÓNICOS.

AUTORIZO A LA ASEGURADORA A ENVIAR INFORMACIÓN DE LOS PRODUCTOS CONTRATADOS Y DE INTERÉS DE LA COMPAÑÍA A LA DIRECCIÓN DE CORREO INDICADA EN EL PUNTO 2. EN CASO DE QUE LA SOLICITUD RESULTE APROBADA Y QUE HAYA ACEPTADO RECIBIR POR MEDIO ELECTRÓNICO CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE LA ASEGURADORA DEBA ENVIRAME EN VIRTUD DE LA POLIZA, SERÁN ENVIADAS A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA. ASIMISMO, CUALQUIER CAMBIO DE CORREO ELECTRÓNICO, DEBERÁ SER COMUNICADO POR MI PARTE A LA ASEGURADORA.

TORIDADES IMPOSITIVAS Y/O FISCALES NACIONALES O EXTRANJERAS RADICADAS FUERA DEL PAÍS, DEBIDAMENTE FACULTADAS PARA ELLO. EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES PUEDE REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

SENTIMIENTO EN CUANTOQUE MIENTO.
EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR EL ART. 6 DE LA LEY 25.326, SE INFORMA QUE SUS DATOS ESTÁN SIENDO RECABADOS CON LOS SIGUIENTES FINESES: PARA COTIZAR SU SEGURO Y, DE SER ACEPTADA LA PROPUESTA, PARA EMITIR UNA PÓLIZA Y PARA TODO AQUELLO QUE SEA NECESARIO PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVA VIGENTE EN MATERIA DE DERECHO DE SEGUROS. ASIMISMO, LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS FORMARÁN PARTE DE UN BANCO DE DATOS ELECTRÓNICOS CUYO TITULAR ES HSBC SEGUROS DE VIDA (ARGENTINA) S.A. (BOUCHARD 557, PISO 20°, C.A.B.A.). LOS DATOS AQUÍ SOLICITADOS SON OBLIGATORIOS CON EL FIN DE PODER COTIZAR CORRECTAMENTE SU SEGURO Y SE CONSIDERA QUE LOS MISMOS SON EXACTOS Y VERACES. ADEMÁS, SE LE INFORMA DE LA FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A SUS DATOS PERSONALES EN FORMA GRATUITA EN INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO, Y ASIMISMO QUE TIENE DERECHO, DE SER PROCEDENTE, A RECTIFICAR Y/O SUPRIMIR DICHOS DATOS (ARTS. 14, 15 Y 16 DE LA LEY N° 25.326).

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
POR MEDIO DE LA PRESENTE EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES
PRESTA ABSOLUTA CONFORMIDAD Y AUTORIZA EXPRESAMENTE A LA
ASEGURADORA A:

- A) CONSULTAR, UTILIZAR, SUMINISTRAR O TRANSFERIR A TERCEROS LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE SOLICITUD, EN VIRTUD DEL CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUSCRITO POR LAASEGURADORA.
 - B) TRANSFERIR A EMPRESAS VINCULADAS O NO AL GRUPO HSBC, RADICADAS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA O EN EL EXTERIOR, SUS DATOS PERSONALES, YA SEA PARA FINES DE EVALUACIÓN CREDITICIA, OPERATIVOS, DE ALMACENAMIENTO DE DATOS O DE OFERTA DE SERVICIOS Y PRODUCTOS DE LAS EMPRESAS DEL GRUPO HSBC.
 - C) TRANSFERIR SUS DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS CONTRATADOS, CUANDO ESTOS SEAN REQUERIDOS POR AL-

(ARTS. 14, 15 Y 16 DE LA LEY N° 25.326).
RESOLUCIÓN AAIP 14/2018: "LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, EN SU CARÁCTER DE ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY N° 25.326, TIENE LA ATRIBUCIÓN DE ATENDER LAS DENUNCIAS Y RECLAMOS QUE INTERPONGAN QUIENES RESULTEN AFECTADOS EN SUS DERECHOS POR INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS VIGENTES EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES".

IMPORTANTE: PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO: EL ASEGURADO ASUME LA CARGA DE APORTAR LOS DATOS Y DOCUMENTOS QUE LE SEAN REQUERIDOS POR LA ASEGURADORA EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO POR LAS NORMAS VIGENTES EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DE TERRORISMO. CASO CONTRARIO, LA ASEGURADORA DARA CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES UIF VIGENTES EN LA MATERIA.

SELLO Y FIRMA DEL TOMADOR:	FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR SOLICITANTE:	LUGAR:
		FECHA: / /

ESTA SOLICITUD SERÁ CUMPLIMENTADA POR DUPLICADO, QUEDANDO EL DUPLICADO EN PODER DEL TOMADOR COMO CONSTANCIA.

RECUERDE QUE TIENE DISPONIBLE SU CERTIFICADO DE INCORPORACIÓN DE LOS SEGUROS QUE TENGA CONTRATADOS CON HSBC EN LA PÁGINA WEB DE HSBC SEGUROS ONLINE: [HTTPS://WWW.SEGUROSONLINE.HSBC.COM.AR/SEGUROS-GATEWAY/APP/PAGES/LOGIN](https://www.segurosonline.hsbc.com.ar/seguros-gateway/app/pages/login) O BIEN PUEDE SOLICITARLO EN PAPEL COMUNICÁNDOSE CON LA COMPAÑÍA MEDIANTE EL CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: 0800-333-0003 | CONTACTENOS@HSBC.COM.AR

HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A. Casa Central: Hipólito Bouchard 557, Piso 20, (C1106ABG), CABA
CUIT: 30-66322131-7 | Centro de Atención al Cliente: 0800-333-0003 | contactenos@hsbc.com.ar | www.hsbc.com.ar