

N° DE PÓLIZA:

ACCIDENTES PERSONALES

VIDA COLECTIVO

CONVENIO MERCANTIL

OTROS

Formulario de Designación de Beneficiarios

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

Contratante o Empleador: _____

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres: _____

Tipo Doc.: DNI CI Nro.: CUIT CUIL Nro.: - -

Fecha de Nacimiento: - -

Legajo N°: Ocupación: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.:

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

Provincia: _____ Teléfono: () -

Correo electrónico: _____

2. BENEFICIARIOS DEL TITULAR

EL BENEFICIARIO ES AQUELLA PERSONA A QUIEN SE EFECTUARÁ EL PAGO DEL CAPITAL QUE PUEDA CORRESPONDER AL PRODUCIRSE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. DE HABER MÁS DE UN BENEFICIARIO, SE DEBERÁ INDICAR LA PROPORCIÓN DEL BENEFICIO QUE CORRESPONDA A CADA UNO.

APELLIDOS Y NOMBRE	ORDEN	%	EDAD	TIPO Y N° DOCUMENTO	RELACIÓN/PARENTESCO

OBSERVACIONES: _____

SEÑOR ASEGURADO: DESIGNAR SUS BENEFICIARIOS EN LA COBERTURA QUE ESTÁ CONTRATANDO ES UN DERECHO QUE USTED POSEE. LA NO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, O SU DESIGNACIÓN ERRÓNEA PUEDE IMPLICAR DEMORAS EN EL TRÁMITE DE COBRO DEL BENEFICIO. ASIMISMO, USTED TIENE DERECHO A EFECTUAR O A MODIFICAR SU DESIGNACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, POR ESCRITO SIN NINGUNA OTRA FORMALIDAD.

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 ELECTRÓNICO INDICADA A CONTINUACIÓN. CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA:

EN CASO DE HABER ACEPTADO RECIBIR POR MEDIO ELECTRÓNICO CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE LA ASEGURADORA DEBA ENVIARME EN VIRTUD DE LA PÓLIZA, LAS MISMAS SERÁN ENVIADAS A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA.

CUALQUIER CAMBIO DE CORREO ELECTRÓNICO, DEBERÁ SER COMUNICADO POR MI PARTE A LA ASEGURADORA.

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 LA ASEGURADORA.

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 AUTORIDADES 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, PERO NO TENDRÁ EFECTOS RETROACTIVOS.

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 17418).

FIRMA DEL ASEGURADO	ACLARACIÓN DEL ASEGURADO	SELLO Y FIRMA DE LA EMPRESA	FECHA

N° DE PÓLIZA:

ACCIDENTES PERSONALES

VIDA COLECTIVO

CONVENIO MERCANTIL

OTROS

Formulario de Designación de Beneficiarios

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

Contratante o Empleador:

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres:

Tipo Doc.: DNI CI Nro.: CUIT CUIL Nro.: - -

Fecha de Nacimiento: - -

Legajo N°: Ocupación:

Domicilio: Calle: Nro.:

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

Provincia: Teléfono: () -

Correo electrónico:

2. BENEFICIARIOS DEL TITULAR

EL BENEFICIARIO ES AQUELLA PERSONA A QUIEN SE EFECTUARÁ EL PAGO DEL CAPITAL QUE PUEDA CORRESPONDER AL PRODUCIRSE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. DE HABER MÁS DE UN BENEFICIARIO, SE DEBERÁ INDICAR LA PROPORCIÓN DEL BENEFICIO QUE CORRESPONDA A CADA UNO.

APELLIDOS Y NOMBRE	ORDEN	%	EDAD	TIPO Y N° DOCUMENTO	RELACIÓN/PARENTESCO

OBSERVACIONES:

SEÑOR ASEGURADO: DESIGNAR SUS BENEFICIARIOS EN LA COBERTURA QUE ESTÁ CONTRATANDO ES UN DERECHO QUE USTED POSEE. LA NO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, O SU DESIGNACIÓN ERRÓNEA PUEDE IMPLICAR DEMORAS EN EL TRÁMITE DE COBRO DEL BENEFICIO. ASIMISMO, USTED TIENE DERECHO A EFECTUAR O A MODIFICAR SU DESIGNACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, POR ESCRITO SIN NINGUNA OTRA FORMALIDAD.

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 ELECTRÓNICO INDICADA A CONTINUACIÓN. CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA:

EN CASO DE HABER ACEPTADO RECIBIR POR MEDIO ELECTRÓNICO CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE LA ASEGURADORA DEBA ENVIARME EN VIRTUD DE LA PÓLIZA, LAS MISMAS SERÁN ENVIADAS A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA.

CUALQUIER CAMBIO DE CORREO ELECTRÓNICO, DEBERÁ SER COMUNICADO POR MI PARTE A LA ASEGURADORA.

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 LA ASEGURADORA.

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 AUTORIDADES 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, PERO NO TENDRÁ EFECTOS RETROACTIVOS.

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 17418).

FIRMA DEL ASEGURADO	ACLARACIÓN DEL ASEGURADO	SELLO Y FIRMA DE LA EMPRESA	FECHA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° DE PÓLIZA:

ACCIDENTES PERSONALES

VIDA COLECTIVO

CONVENIO MERCANTIL

OTROS

Formulario de Designación de Beneficiarios

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

Contratante o Empleador: _____

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres: _____

Tipo Doc.: DNI CI Nro.: CUIT CUIL Nro.: - -

Fecha de Nacimiento: - -

Legajo N°: Ocupación: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.:

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

Provincia: _____ Teléfono: () -

Correo electrónico: _____

2. BENEFICIARIOS DEL TITULAR

EL BENEFICIARIO ES AQUELLA PERSONA A QUIEN SE EFECTUARÁ EL PAGO DEL CAPITAL QUE PUEDA CORRESPONDER AL PRODUCIRSE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. DE HABER MÁS DE UN BENEFICIARIO, SE DEBERÁ INDICAR LA PROPORCIÓN DEL BENEFICIO QUE CORRESPONDA A CADA UNO.

APELLIDOS Y NOMBRE	ORDEN	%	EDAD	TIPO Y N° DOCUMENTO	RELACIÓN/PARENTESCO

OBSERVACIONES: _____

SEÑOR ASEGURADO: DESIGNAR SUS BENEFICIARIOS EN LA COBERTURA QUE ESTÁ CONTRATANDO ES UN DERECHO QUE USTED POSEE. LA NO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, O SU DESIGNACIÓN ERRÓNEA PUEDE IMPLICAR DEMORAS EN EL TRÁMITE DE COBRO DEL BENEFICIO. ASIMISMO, USTED TIENE DERECHO A EFECTUAR O A MODIFICAR SU DESIGNACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, POR ESCRITO SIN NINGUNA OTRA FORMALIDAD.

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 ELECTRÓNICO INDICADA A CONTINUACIÓN. CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA:

EN CASO DE HABER ACEPTADO RECIBIR POR MEDIO ELECTRÓNICO CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE LA ASEGURADORA DEBA ENVIARME EN VIRTUD DE LA PÓLIZA, LAS MISMAS SERÁN ENVIADAS A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA.

CUALQUIER CAMBIO DE CORREO ELECTRÓNICO, DEBERÁ SER COMUNICADO POR MI PARTE A LA ASEGURADORA.

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 LA ASEGURADORA.

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 AUTORIDADES 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, PERO NO TENDRÁ EFECTOS RETROACTIVOS.

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 17418).

FIRMA DEL ASEGURADO	ACLARACIÓN DEL ASEGURADO	SELLO Y FIRMA DE LA EMPRESA	FECHA