

Solicitud Individual de Cobertura - Seguro Colectivo de Sepelio

ARTÍCULO 5° 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 HUBIESE IMPEDIDO EL CONTRATO O MODIFICADO SUS CONDICIONES SI EL ASEGURADOR HUBIESE 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 SEPELIO - COBERTURA PRESTACIONAL / REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO (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.

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA

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

Apellido y Nombres: _____
 Documento Tipo: DNI LE LC CI Nro.: _____
 CUIT CDI Nro.: _____ - _____ - _____ Condición IVA: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Lugar de Nacimiento: _____
 Nacionalidad: _____ 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 ASEGURABLE

APellidos y Nombres	PARENTESCO CON EL ASEGURADO TITULAR	TIPO Y N° DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO

COBERTURAS SOLICITADAS (DEBERÁ FIGURAR SÓLO LA OPCIÓN SELECCIONADA) PRESTACIONAL / REINTEGRO (TACHARLO QUE NO CORRESPONDA)

LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, EN SU CARÁCTER DE ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES 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. EL CLIENTE, PREVIA ACREDITACIÓN DE SU IDENTIDAD, TIENE DERECHO A SOLICITAR Y OBTENER INFORMACIÓN DE SUS DATOS PERSONALES INCLUIDOS EN LOS BANCOS DE DATOS PÚBLICOS, O PRIVADOS DESTINADOS A PROVEER INFORMES; QUIENES DEBEN PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS CORRIDOS DE HABER SIDO INTIMADO FEHACIAMENTE. VENCIDO EL PLAZO SIN QUE SE SATISFAGA EL PEDIDO, O SI EVACUADO EL INFORME, ÉSTE SE ESTIMARA INSUFICIENTE, QUEDARÁ EXPEDITA LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES O DE HÁBEAS DATA PREVISTA EN ESTA LEY. EL DERECHO DE ACCESO A QUE SE REFIERE ESTE ARTÍCULO SÓLO PUEDE SER EJERCIDO EN FORMA GRATUITA A INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE SE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO. EL EJERCICIO DEL DERECHO

AL CUAL SE REFIERE ESTE ARTÍCULO EN EL CASO DE DATOS DE PERSONAS FALLECIDAS LE CORRESPONDERÁ A SUS SUCESORES UNIVERSALES. POR MEDIO DE LA PRESENTE EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES PRESTA ABSOLUTA CONFORMIDAD Y AUTORIZA EXPRESAMENTE A LA ASEGURADORA A:
 A) CONSULTAR O UTILIZAR POR PARTE DE TERCEROS Y SUMINISTRAR O TRANSFERIR A TERCEROS LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE SOLICITUD ÚNICAMENTE CUANDO SEA NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGUROS SUSCRITO CON LA ASEGURADORA.
 B) TRANSFERIR SUS DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS CONTRATADOS, CUANDO ÉSTOS 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 EL MISMO NO TENDRÁ EFECTOS RETROACTIVOS.

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 DARÁ 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.

Solicitud Individual de Cobertura - Seguro Colectivo de Sepelio

ARTÍCULO 5° 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 HUBIESE IMPEDIDO EL CONTRATO O MODIFICADO SUS CONDICIONES SI EL ASEGURADOR HUBIESE 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 SEPELIO - COBERTURA PRESTACIONAL / REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO (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.

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA

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

Apellido y Nombres: _____
 Documento Tipo: DNI LE LC CI Nro.: _____
 CUIT CDI Nro.: _____ - _____ - _____ Condición IVA: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Lugar de Nacimiento: _____
 Nacionalidad: _____ 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 ASEGURABLE

APPELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO CON EL ASEGURADO TITULAR	TIPO Y N° DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO

COBERTURAS SOLICITADAS (DEBERÁ FIGURAR SÓLO LA OPCIÓN SELECCIONADA) PRESTACIONAL / REINTEGRO (TACHARLO QUE NO CORRESPONDA)

LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, EN SU CARÁCTER DE ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES 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. EL CLIENTE, PREVIA ACREDITACIÓN DE SU IDENTIDAD, TIENE DERECHO A SOLICITAR Y OBTENER INFORMACIÓN DE SUS DATOS PERSONALES INCLUIDOS EN LOS BANCOS DE DATOS PÚBLICOS, O PRIVADOS DESTINADOS A PROVEER INFORMES; QUIENES DEBEN PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS CORRIDOS DE HABER SIDO INTIMADO FEHACIAMENTE. VENCIDO EL PLAZO SIN QUE SE SATISFAGA EL PEDIDO, O SI EVACUADO EL INFORME, ÉSTE SE ESTIMARA INSUFICIENTE, QUEDARÁ EXPEDITA LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES O DE HÁBEAS DATA PREVISTA EN ESTA LEY. EL DERECHO DE ACCESO A QUE SE REFIERE ESTE ARTÍCULO SÓLO PUEDE SER EJERCIDO EN FORMA GRATUITA A INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE SE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO. EL EJERCICIO DEL DERECHO

AL CUAL SE REFIERE ESTE ARTÍCULO EN EL CASO DE DATOS DE PERSONAS FALLECIDAS LE CORRESPONDERÁ A SUS SUCESORES UNIVERSALES. POR MEDIO DE LA PRESENTE EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES PRESTA ABSOLUTA CONFORMIDAD Y AUTORIZA EXPRESAMENTE A LA ASEGURADORA A:
 A) CONSULTAR O UTILIZAR POR PARTE DE TERCEROS Y SUMINISTRAR O TRANSFERIR A TERCEROS LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE SOLICITUD ÚNICAMENTE CUANDO SEA NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGUROS SUSCRITO CON LA ASEGURADORA.
 B) TRANSFERIR SUS DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS CONTRATADOS, CUANDO ÉSTOS 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 EL MISMO NO TENDRÁ EFECTOS RETROACTIVOS.

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 DARÁ 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.