

# Solicitud de Adhesión y Designación de Beneficiarios

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

## 1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Inc. al Seguro: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Legajo N°: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Suma Asegurada:  Múltiplo de \_\_\_\_\_ sueldos.  Capital Fijo \$ \_\_\_\_\_  Escala de Capitales \$ \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_

Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## 2. OTROS SEGUROS CONTRATADOS

Convenio Mercantil  Accidentes Personales  Otro  \_\_\_\_\_

Póliza N° \_\_\_\_\_

## 2. BENEFICIARIOS DEL TITULAR

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

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

## 4. OPCIÓN PARA EL CÓNYUGE

**DATOS DEL CÓNYUGE EN EL CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA COMPLETAR LOS DATOS DEL CÓNYUGE.**

Vida Colectivo: SI  NO  Accidentes Personales: SI  NO

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Inc. al Seguro: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Beneficiarios del Cónyuge: El Asegurado Titular.

Suma Asegurada:

Vida Colectivo:  Múltiplo de \_\_\_\_\_ sueldos.  \_\_\_\_\_% suma asegurada del Asegurado Titular.

Accidentes Personales: \_\_\_\_\_% suma asegurada del Asegurado Titular.

**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 QUE LA SOLICITUD RESULTE APROBADA Y QUE HAYA ACEPTADO RECIBIR POR MEDIO ELECTRÓNICO CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE LA ASEGURADORA DEBA ENVIARME EN VIRTUD DE LA PÓLIZA, SERÁN ENVIADAS A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA.

SOLICITO SER INCLUIDO EN EL/LOS SEGUROS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE LA/S PÓLIZA/S CONTRATADAS POR MI EMPLEADOR, AUTORIZÁNDOLO, DE CORRESPONDER, A DEDUCIR DE MIS HABERES EL IMPORTE DE LA PRIMA.

ACEPTO EXPRESAMENTE QUE LAS MODIFICACIONES DE CAPITAL MÁXIMO SE EFECTUARÁN PERIÓDICAMENTE SEGÚN LA PAUTA DE AJUSTE QUE EL CONTRATANTE CONVENGA CON LA COMPAÑÍA, A LA QUE DA EXPRESA CONFORMIDAD EL ASEGURADO. EL ENDOSO TAMBIÉN SE ENCONTRARÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO EN LAS OFICINAS DEL CONTRATANTE. LOS RIESGOS CUBIERTOS, LOS CAPITALS MÁXIMOS, Y DEMÁS CONDICIONES DEL SEGURO SON LOS ESTIPULADOS EN LA PÓLIZA QUE OBRA EN PODER DE LA EMPRESA CONTRATANTE, Y QUE SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO EN NUESTRA OFICINA DE PERSONAL.

ASIMISMO, 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 EMPLEADO	ACLARACIÓN DEL EMPLEADO	SELLO Y FIRMA DE LA EMPRESA CONTRATANTE	FECHA

CADA VEZ QUE SE MODIFIQUE EL CAPITAL MÁXIMO, LA COMPAÑÍA EMITIRÁ EL ENDOSO DE ESTADO Y LO REMITIRÁ AL CONTRATANTE.

## Solicitud de Adhesión y Designación de Beneficiarios

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

### 1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
 Tipo Doc.: DNI  CI  Nro.: \_\_\_\_\_ CUIT  CUIL  Nro.: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Inc. al Seguro: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Legajo N°: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Suma Asegurada:  Múltiplo de \_\_\_\_\_ sueldos.  Capital Fijo \$ \_\_\_\_\_  Escala de Capitales \$ \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
 Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### 2. OTROS SEGUROS CONTRATADOS

Convenio Mercantil  Accidentes Personales  Otro   
 Póliza N° \_\_\_\_\_

### 2. BENEFICIARIOS DEL TITULAR

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

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

### 4. OPCIÓN PARA EL CÓNYUGE

**DATOS DEL CÓNYUGE EN EL CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA COMPLETAR LOS DATOS DEL CÓNYUGE.**

Vida Colectivo: SI  NO  Accidentes Personales: SI  NO   
 Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
 Tipo Doc.: DNI  CI  Nro.: \_\_\_\_\_ CUIT  CUIL  Nro.: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Inc. al Seguro: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Beneficiarios del Cónyuge: El Asegurado Titular.  
 Suma Asegurada:  
 Vida Colectivo:  Múltiplo de \_\_\_\_\_ sueldos.  \_\_\_\_\_% suma asegurada del Asegurado Titular.  
 Accidentes Personales: \_\_\_\_\_% suma asegurada del Asegurado Titular.

**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 QUE LA SOLICITUD RESULTE APROBADA Y QUE HAYA ACEPTADO RECIBIR POR MEDIO ELECTRÓNICO CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE LA ASEGURADORA DEBA ENVIARME EN VIRTUD DE LA PÓLIZA, SERÁN ENVIADAS A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA.

SOLICITO SER INCLUIDO EN EL/LOS SEGUROS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE LA/S PÓLIZA/S CONTRATADAS POR MI EMPLEADOR, AUTORIZÁNDOLO, DE CORRESPONDER, A DEDUCIR DE MIS HABERES EL IMPORTE DE LA PRIMA.

ACEPTO EXPRESAMENTE QUE LAS MODIFICACIONES DE CAPITAL MÁXIMO SE EFECTUARÁN PERIÓDICAMENTE SEGÚN LA PAUTA DE AJUSTE QUE EL CONTRATANTE CONVENGA CON LA COMPAÑÍA, A LA QUE DA EXPRESA CONFORMIDAD EL ASEGURADO. EL ENDOSO TAMBIÉN SE ENCONTRARÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO EN LAS OFICINAS DEL CONTRATANTE. LOS RIESGOS CUBIERTOS, LOS CAPITALS MÁXIMOS, Y DEMÁS CONDICIONES DEL SEGURO SON LOS ESTIPULADOS EN LA PÓLIZA QUE OBRA EN PODER DE LA EMPRESA CONTRATANTE, Y QUE SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO EN NUESTRA OFICINA DE PERSONAL.

ASIMISMO, 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 EMPLEADO	ACLARACIÓN DEL EMPLEADO	SELLO Y FIRMA DE LA EMPRESA CONTRATANTE	FECHA

CADA VEZ QUE SE MODIFIQUE EL CAPITAL MÁXIMO, LA COMPAÑÍA EMITIRÁ EL ENDOSO DE ESTADO Y LO REMITIRÁ AL CONTRATANTE.

# Solicitud de Adhesión y Designación de Beneficiarios

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

## 1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
 Tipo Doc.: DNI  CI  Nro.: \_\_\_\_\_ CUIT  CUIL  Nro.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Inc. al Seguro: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Legajo N°: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Suma Asegurada:  Múltiplo de \_\_\_\_\_ sueldos.  Capital Fijo \$ \_\_\_\_\_  Escala de Capitales \$ \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
 Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## 2. OTROS SEGUROS CONTRATADOS

Convenio Mercantil  Accidentes Personales  Otro   
 Póliza N° \_\_\_\_\_

## 2. BENEFICIARIOS DEL TITULAR

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

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

## 4. OPCIÓN PARA EL CÓNYUGE

**DATOS DEL CÓNYUGE EN EL CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA COMPLETAR LOS DATOS DEL CÓNYUGE.**

Vida Colectivo: SI  NO  Accidentes Personales: SI  NO   
 Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
 Tipo Doc.: DNI  CI  Nro.: \_\_\_\_\_ CUIT  CUIL  Nro.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Inc. al Seguro: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Beneficiarios del Cónyuge: El Asegurado Titular.  
 Suma Asegurada:  
 Vida Colectivo:  Múltiplo de \_\_\_\_\_ sueldos.  \_\_\_\_\_% suma asegurada del Asegurado Titular.  
 Accidentes Personales: \_\_\_\_\_% suma asegurada del Asegurado Titular.

**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 QUE LA SOLICITUD RESULTE APROBADA Y QUE HAYA ACEPTADO RECIBIR POR MEDIO ELECTRÓNICO CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE LA ASEGURADORA DEBA ENVIARME EN VIRTUD DE LA PÓLIZA, SERÁN ENVIADAS A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA.

SOLICITO SER INCLUIDO EN EL/LOS SEGUROS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE LA/S PÓLIZA/S CONTRATADAS POR MI EMPLEADOR, AUTORIZÁNDOLO, DE CORRESPONDER, A DEDUCIR DE MIS HABERES EL IMPORTE DE LA PRIMA.

ACEPTO EXPRESAMENTE QUE LAS MODIFICACIONES DE CAPITAL MÁXIMO SE EFECTUARÁN PERIÓDICAMENTE SEGÚN LA PAUTA DE AJUSTE QUE EL CONTRATANTE CONVENGA CON LA COMPAÑÍA, A LA QUE DA EXPRESA CONFORMIDAD EL ASEGURADO. EL ENDOSO TAMBIÉN SE ENCONTRARÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO EN LAS OFICINAS DEL CONTRATANTE. LOS RIESGOS CUBIERTOS, LOS CAPITALS MÁXIMOS, Y DEMÁS CONDICIONES DEL SEGURO SON LOS ESTIPULADOS EN LA PÓLIZA QUE OBRA EN PODER DE LA EMPRESA CONTRATANTE, Y QUE SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO EN NUESTRA OFICINA DE PERSONAL.

ASIMISMO, 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 EMPLEADO	ACLARACIÓN DEL EMPLEADO	SELLO Y FIRMA DE LA EMPRESA CONTRATANTE	FECHA

CADA VEZ QUE SE MODIFIQUE EL CAPITAL MÁXIMO, LA COMPAÑÍA EMITIRÁ EL ENDOSO DE ESTADO Y LO REMITIRÁ AL CONTRATANTE.