Seguro de Sepelio - Adhesiones/actualizaciones a la póliza colectiva

EL ASEGURADO debe:

- Completar todos los campos editables en el formulario y enviar el PDF completo a HSBC Life a: adhesionapolizascolectivas@hsbc.com.ar
- Indicar en el asunto del email su **CUIL, nombre completo y nombre del empleador.**
- Incluir en el cuerpo del mail la siguiente **leyenda obligatoria**, la misma reemplaza a la firma ológrafa:

Yo, XXXXXXXXXXXX, DNI XXXXXX, solicito adherir a la póliza de Seguro de Sepelio colectivo contratada por [NOMBRE DEL EMPLEADOR: XXXXXXX] vigente con HSBC Life.
Asimismo declaro conocer y aceptar:
1- Los Términos y Condiciones del seguro, sus coberturas, y exclusiones.
2- Hasta que la solicitud individual adjunta no sea aceptada por la aseguradora, no implica obligaciones para las partes. La Compañía deberá expedirse acerca de la aceptación o no de la solicitud en un plazo no mayor a quince (15) días desde su recepción o desde la fecha en que se completen los requisitos de asegurabilidad, la que resulte posterior. Asimismo, queda a su cargo presentar documentación medica que permita a la Compañía razonablemente evaluar el riesgo.
3- Recibir el certificado de incorporación a la póliza que HSBC Life me remitirá por intermedio del Tomador.

Instrucciones para el llenado del formulario de adhesión:

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 ASEGURABLE

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO CON EL ASEGURADO TITULAR	TIPO Y Nº DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO
		DN	
		DN	
		DN	
		DN	
		DN	
		DN	

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

Punto 1 "Datos del Tomador": Completar con los datos de la empresa empleadora. Ej:
Razón social: HSBC BANK ARGENTINA S.A. CUIT: 33-53718600-9
Domicilio: BOUCHARD 557, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, C.P. 1106.
Punto 2 "Datos del Asegurado": Completar con los datos personales del empleado.
Punto 3 "Datos del grupo Familiar Asegurable": Completar con los datos de los familiares que el empleado desea mantener o incorporar en el seguro. Se brindará cobertura únicamente a los familiares que se declaren en el formulario.
Coberturas solicitadas: Tachar la opción "REINTEGRO", dejando solo "PRESTACIONAL"

HSBC Life:

- Realizará la verificación de la documentación recibida por email y se realizará un procedimiento de suscripción.
- Confirmará la aceptación o rechazo de la solicitud a cada asegurable vía mail y notificará al empleador, quien será el encargado de incluir al empleado en la nomina de asegurados de la póliza que informa mensualmente a la aseguradora.

HSBC Life