

## EL ASEGURADO debe:

- Completar los campos editables en el formulario “Adhesión Seguros de Vida Colectivo HSBC” y enviar el PDF a la casilla: [adhesionapolizascolectivas@hsbc.com.ar](mailto:adhesionapolizascolectivas@hsbc.com.ar)
- Indicar en el asunto del email su **CUIL, nombre completo y nombre del empleador**.
- Incluir en el cuerpo del email la siguiente **leyenda obligatoria**, la misma reemplaza a la firma ológrafa:

Yo, **XXXXXXXXXXXX**, DNI **XXXXXX**, solicito adherir a la póliza de Seguro de Vida colectivo contratada por **[NOMBRE DEL EMPLEADOR: XXXXXXXX]** 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.

## HSBC Life:

- Realizará la verificación de la documentación recibida por email y se realizará un procedimiento de suscripción. Podrá solicitarse adicionalmente DDJJ Salud según corresponda.
- 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.

## Instrucciones para el llenado de formulario de adhesión:

### 1. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres: 1  
 Documento: DNI  PAS  Nro.: 1 | CUIT  CUIL  Nro.: |  
 Fecha de Nacimiento: 1 - - | Ocupación: 1  
 Domicilio particular: Calle: 1 Nro.: 1  
 Piso: 1 Depto.: 1 C.P.: 1 Localidad: 1  
 Provincia: 1 Teléfono: ( 1 ) -  
 Correo electrónico (preferentemente laboral): 1

### 2. SEGUROS CONTRATADOS

Suma Asegurada:  Múltiplo de 2 sueldos.  Capital Fijo \$  Escala de Capitales \$  
 Póliza N° 3

### BENEFICIARIOS DEL TITULAR

APPELLIDOS Y NOMBRE	ORDEN	%	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO Y N° DOCUMENTO	RELACIÓN/PARENTESCO
	5	6	7	DN - 8	9
				DN -	
				DN -	
				DN -	

### 3. OPCIÓN PARA EL CÓNYUGE

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

Vida Colectivo: SI  NO  Otros seguros (detallar):  
 Apellidos y Nombres: 10  
 Tipo Doc.: DNI  CI  Nro.: 1 0 | CUIT  CUIL  Nro.: - -  
 Fecha de Nacimiento: 1 0 - -  
 Correo electrónico: 10

- 1- Datos personales del asegurado.
- 2- Elegir el múltiplo de sueldos por el cual se calculará la suma asegurada. Puede ser 20 o 30 sueldos.
- 3- Número de póliza a la cual adhiere. Ej.: HSBC BANK CE15 10 182 / HSBC SEGUROS DE VIDA CE15 10 183 / HSBC SEUROS RETIRO CE15 10 181 / HSBC HOLDING CE15 10 179 / HSBC ADMINISTRADORA CE15 10 180.
- 4- Apellido y nombre quien/es fueran Beneficiarios del Seguro.
- 5- Indicar el orden de prioridad para indemnización del capital asegurado para cada beneficiario. (define la prioridad de cobro, se puede designar a 1 o mas personas en el mismo orden).
- 6- Indicar el % para indemnización del capital asegurado para cada beneficiario. (la suma de los % asignados a cada beneficiario de un mismo orden, debe ser 100%).
- 7- Edad del Beneficiario
- 8- DNI del Beneficiario.
- 9-- Relación/Parentesco con el beneficiario.
- 10- Tildar SI/NO desea incluir la cobertura opcional de cónyuge. En caso afirmativo, completar con los datos del cónyuge/conviviente.

PUBLIC