

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.

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 IMPRINTA)

1. DATOS DEL TOMADOR

Nombre o Razón Social: _____
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____
 Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____
 Provincia: _____
 Teléfono: (____) _____ - _____ Email: _____
 Condición ante el IVA: Resp. Insc. Resp. No Insc. Cons. Final Ag. Retención Ag. Percepción Exento
 Actividad: _____ CUIT DNI N°: _____ - _____

2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido y Nombres: _____
 Documento Tipo: DNI LE LC PAS CUIT CUIL CDI Nro.: _____ - _____
 Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____ Sexo: F M Lugar de Nacimiento: _____
 Estado Civil: S C D V Condición IVA: _____
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____
 Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____
 Provincia: _____
 Teléfono: (____) _____ - _____ Email: _____

De acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, solicito la inclusión del grupo familiar que se detalla a continuación:

4. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE

Apellido, Nombres	Parentesco con el Asegurado Titular	Documento N°	Fecha de Nacimiento

Coberturas Solicitadas (*deberá figurar solamente la opción seleccionada*)

Prestacional / Reintegro (*tachar lo que no corresponda*)

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.

HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A.
 Casa Central: Florida 229, (C1005AAE), Buenos Aires, Argentina. Centro de Atención a Clientes:
 0810-333-8432 ; contactenos@hsbc.com.ar ; www.hsbc.com.ar