

Seguro de Vida Colectivo

(COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA)

Contratante o Empleador: _____
Nro. de Póliza: _____
Nro. de Legajo: _____

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos: _____
Nombres: _____
Documento Tipo: DNI ☐ CUIL ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ PAS ☐ Nro.: _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Fecha de Inc. al Seguro: _____ - _____ - _____
Ocupación: _____
Suma Asegurada: ☐ Múltiplo de _____ sueldos. ☐ Capital Fijo \$ _____
Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____
Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Provincia: _____
Localidad: _____
Teléfono: (_____) _____ - _____

2. OPCION PARA EL CONYUGE SI ☐ NO ☐

En el caso de respuesta afirmativa completar los datos del cónyuge.

Datos del Cónyuge

Apellidos: _____
Nombres: _____
Documento Tipo: DNI ☐ CUIL ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ PAS ☐ Nro.: _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Fecha de Inc. al Seguro: _____ - _____ - _____
Beneficiarios del Cónyuge: El Asegurado Titular.
Suma Asegurada: ☐ Múltiplo de _____ sueldos. ☐ Capital Fijo \$ _____
¿Tiene Usted o su cónyuge otro seguro de vida colectivo?: SI ☐ NO ☐
Compañía: _____ Capital Asegurado: U\$S _____

3. BENEFICIARIOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre	Orden	%	Edad	Tipo y Nro. de Documento	Relación / Parentesco

Observaciones: _____

En caso de beneficiarios menores de 21 años, designo como tutor a :

Apellidos: _____
Nombres: _____
Documento Tipo: DNI ☐ CUIL ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ PAS ☐ Nro.: _____ - _____ - _____

SOLICITO SER INCLUIDO EN EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA CONTRATADA POR MI EMPLEADOR, AUTORIZÁNDOLO 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.

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.

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