

Solicitud de Adhesión y Designación de Beneficiarios

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

1. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres:   
Tipo Doc.: DNI PAS Nro.: CUIT CUIL Nro.: - -  
Fecha de Nacimiento: - - Ocupación:   
Domicilio particular: Calle: Nro.: Piso: Dpto.:   
CP: Localidad: Provincia:   
Teléfono: - Correo electrónico (pref. laboral):

2. SEGUROS CONTRATADOS

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

BENEFICIARIOS DEL TITULAR

| APELLIDOS Y NOMBRE | ORDEN | % | FECHA DE NACIMIENTO | TIPO Y N° DOCUMENTO | RELACIÓN/ PARENTESCO |
|--------------------|-------|---|---------------------|---------------------|----------------------|
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |

Producto: Póliza N°

BENEFICIARIOS DEL TITULAR

| APELLIDOS Y NOMBRE | ORDEN | % | FECHA DE NACIMIENTO | TIPO Y N° DOCUMENTO | RELACIÓN/ PARENTESCO |
|--------------------|-------|---|---------------------|---------------------|----------------------|
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |

Producto: Póliza N°

BENEFICIARIOS DEL TITULAR

| APELLIDOS Y NOMBRE | ORDEN | % | FECHA DE NACIMIENTO | TIPO Y N° DOCUMENTO | RELACIÓN/ PARENTESCO |
|--------------------|-------|---|---------------------|---------------------|----------------------|
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |

Producto: Póliza N°

BENEFICIARIOS DEL TITULAR

| APELLIDOS Y NOMBRE | ORDEN | % | FECHA DE NACIMIENTO | TIPO Y N° DOCUMENTO | RELACIÓN/ PARENTESCO |
|--------------------|-------|---|---------------------|---------------------|----------------------|
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |
|                    |       |   |                     |                     |                      |

OBSERVACIONES:

SEÑOR ASEGURADO: DESIGNAR SUS BENEFICIARIOS EN LA COBERTURA QUE ESTÁ CONTRATANDO ES UN DERECHO QUE USTED POSEE. LA NO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, O SU DESIGNACIÓN ERRÓNEA PUEDE IMPLICAR DEMORAS EN EL TRÁMITE DE COBRO DEL BENEFICIO. ASIMISMO, USTED TIENE DERECHO A EFECTUAR O A MODIFICAR SU DESIGNACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, POR ESCRITO SIN NINGUNA OTRA FORMALIDAD.

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: \_\_\_\_\_  
Tipo Doc.: DNI ☐ CI ☐ Nro.: \_\_\_\_\_ CUIT ☐ CUIL ☐ Nro.: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Beneficiarios del Cónyuge: Beneficiarios designados / Derechohabientes / Herederos Legales.  
Suma Asegurada: La suma asegurada correspondiente a la cobertura del cónyuge será la determinada en las condiciones particulares de la/s póliza/s correspondiente/s.

**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 INDICADA PREVIAMENTE. 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. ASIMISMO, CUALQUIER CAMBIO DE CORREO ELECTRÓNICO, DEBERÁ SER COMUNICADO POR MI PARTE A LA ASEGURADORA.

SOLICITO SER INCLUIDO EN EL/LOS SEGUROS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DE LA/S PÓLIZA/S CONTRATADAS POR EL TOMADOR DE LAS MISMAS, AUTORIZÁNDOLO, DE CORRESPONDER, 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 DOY MI EXPRESA CONFORMIDAD EL ASEGURADO. LOS RIESGOS CUBIERTOS, LOS CAPITALS MÁXIMOS Y DEMÁS CONDICIONES DEL SEGURO SON LOS ESTIPULADOS EN LA PÓLIZA QUE OBRA EN PODER DEL CONTRATANTE, Y QUE SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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 FINANCIERO GALICIA, 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 FINANCIERO GALICIA.
- 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.

EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR EL ART. 6 DE LA LEY 25.326, SE INFORMA QUE SUS DATOS ESTÁN SIENDO RECABADOS CON LOS SIGUIENTES FINES: PARA COTIZAR SU SEGURO Y, DE SER ACEPTADA LA PROPUESTA, PARA EMITIR UNA PÓLIZA Y PARA TODO AQUELLO QUE SEA NECESARIO PARA

CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVA VIGENTE EN MATERIA DE DERECHO DE SEGUROS. ASIMISMO, LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS FORMARÁN PARTE DE UN BANCO DE DATOS ELECTRÓNICOS CUYO TITULAR ES GALICIA MÁS SEGUROS DE PERSONAS S.A. (BOUCHARD 557, PISO 20º, C.A.B.A.). LOS DATOS AQUÍ SOLICITADOS SON OBLIGATORIOS CON EL FIN DE PODER COTIZAR CORRECTAMENTE SU SEGURO Y SE CONSIDERA QUE LOS MISMOS SON EXACTOS Y VERACES. ADEMÁS, SE LE INFORMA DE LA FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A SUS DATOS PERSONALES EN FORMA GRATUITA EN INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO, Y ASIMISMO QUE TIENE DERECHO, DE SER PROCEDENTE, A RECTIFICAR Y/O SUPRIMIR DICHOS DATOS (ARTS. 14, 15 Y 16 DE LA LEY Nº 25.326).

RESOLUCIÓN AAIP 14/2018: "LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, EN SU CARÁCTER DE ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY Nº 25.326, TIENE LA ATRIBUCIÓN DE ATENDER LAS DENUNCIAS Y RECLAMOS QUE INTERPONGAN QUIENES RESULTEN AFECTADOS EN SUS DERECHOS POR INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS VIGENTES EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES".

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.

**ARTÍCULO 5º 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."**

**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 17.418)"**

|                    |                         |                                         |       |
|--------------------|-------------------------|-----------------------------------------|-------|
| 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.

Recuerde que tiene disponible su certificado de incorporación de los seguros que tenga contratados con Galicia Más en la página WEB de Galicia Más Seguros: <https://www.segurosonline.galiciamas.com.ar> o bien puede solicitarlo en papel comunicándose con la compañía mediante el Centro de Atención al Cliente: 0800-333-0003 | [contactanos@galiciamas.com.ar](mailto:contactanos@galiciamas.com.ar)

**Galicia Más Seguros de Personas S.A.** (anteriormente denominada HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A.), cuyo cambio de denominación se encuentra en trámite de aprobación ante la Superintendencia de Seguros de la Nación.  
Casa Central: Hipólito Bouchard 557, Piso 20, (C1106ABG), CABA | CUIT: 30-66322131-7  
Centro de Atención al Cliente: 0800-333-0003 | [contactanos@galiciamas.com.ar](mailto:contactanos@galiciamas.com.ar) | [www.galiciamas.com.ar](http://www.galiciamas.com.ar)