

Solicitud de Modificación de Póliza

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA

Enviar a Dpto. de Suscripción

Av. Martín García 464, (C1268ABN) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sector de Operaciones Insurance.

1. DATOS PERSONALES DEL TOMADOR ■

DATOS DEL ASEGURADO ■

N° de Póliza: | | | | | - | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | |

Documento Tipo: DNI LE LC CI PAS N°: | | | | | | | | | | | | | |CUIT CUIL CDI Nro.: | | | | | - | | | | | | | | | | | | | |

Apellido/Razón Social: _____

Nombre: _____

2. MODIFICACIÓN DE DOMICILIO / E-MAIL / TELÉFONO

Tomador Asegurado Domicilio Particular Domicilio de Correspondencia

Domicilio actual: Calle: _____ N°: _____

Piso: _____ Depto.: _____ Torre: _____ Barrio cerrado (lote): _____

C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ País: _____

Teléfono: (| | | | |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Celular: (| | | | |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

E-mail: _____

3. MEDIO Y FORMA DE PAGO

Frecuencia de Pago Mensual Trimestral Semestral Anual Tarjeta de Crédito

Marca: _____ Vencimiento: | | | | | - | | | | | | | |

N° de Tarjeta: | | | | | - | | | | | - | | | | | - | | | | | Banco Emisor: _____

Cuenta Bancaria N° de Cuenta: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo: Caja de Ahorro Cuenta Corriente

Banco: _____ N° Sucursal: | | | | | Nombre de la Sucursal: _____

CBU N°: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Completar en caso que se modifique al Titular de Medio de Pago, y éste sea distinto al Tomador.

Documento Tipo: DNI LE LC CI PAS N° *: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *Adjuntar copia y exhibir el original.CUIT CUIL CDI Nro.: | | | | | - | | | | | | | | | | | | | |

Apellido/Razón Social: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: | | | | | - | | | | | - | | | | | Nacionalidad: _____

Domicilio actual: Calle: _____ N°: _____

Piso: _____ Depto.: _____ Torre: _____ Barrio cerrado (lote): _____

C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ País: _____

Teléfono particular: (| | | | |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Teléfono laboral: (| | | | |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Celular: (| | | | |) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(los teléfonos deberán incluir código de país y área)

E-mail: _____

¿Es PEP? SI NO Ocupación: _____

¿Es Usted ya un Cliente de HSBC Argentina? SI NO

Relación del Titular del Medio de Pago con el Asegurado** _____

** Las relaciones entre el titular del medio de pago y el asegurado deben ser exclusivamente relaciones familiares directas (Padre, Madre, Hijo, Hermano, Abuelo, Cónyuge o Conviviente, Tutor). Se rechazarán las restantes relaciones, con excepción de aquellas en donde a criterio de la aseguradora, existe interés asegurable.

4. REDUCCIÓN DE SUMA ASEGURADA

Valor nueva Suma Asegurada USD: _____

5. OPCIÓN DE REDUCCIÓN

Opción A (Sin reducción a los 65 años) Opción C (Con reducción a los 65 años)

6. SEGURO PRORROGADO

Seguro prorrogado

Levantamiento de prórroga* Recálculo de Prima Valor nueva Prima USD _____

Pago total de la deuda Valor deuda USD _____

* Debe adjuntarse Declaración Jurada de Salud

7. EXCLUSIÓN DE COBERTURAS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accidentes | <input type="checkbox"/> Muerte por Accidente del Cónyuge o Conviviente |
| <input type="checkbox"/> Muerte por Accidente | <input type="checkbox"/> Invalidez total y permanente por Enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Invalidez total y permanente por accidente | <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves |
| <input type="checkbox"/> Invalidez parcial y permanente por accidente | <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Internación |
| <input type="checkbox"/> Exención del pago de primas por Invalidez total y permanente por accidente o enfermedad | <input type="checkbox"/> Trasplantes |

8. APOORTE PLUS

Incorporación de Ahorro Plus Valor periódico a aportar _____

Modificación de Aporte Plus Nuevo valor periódico _____

Baja de Aporte Plus

9. DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS DE INVERSIÓN

Seguro de Vida con Ahorro

SELECCIÓN DE AÑOS PÓLIZA				LOCAL STABLE GROWTH	LOCAL STRATEGY	GLOBAL EQUITY
	AÑO		AÑO			
DESDE		HASTA		%	%	%
DESDE		HASTA		%	%	%
DESDE		HASTA		%	%	%
DESDE		HASTA		%	%	%
DESDE		HASTA		%	%	%
DESDE		HASTA		%	%	%

10. AUTORIZACIÓN

Autorizo a deducir las sumas de dinero mencionadas en el punto 3 para pagar el seguro contratado en HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A.

Entiendo y estoy de acuerdo en que:

1. La Entidad retendrá en los períodos antes establecidos el monto de dinero mencionado para efectuar el pago correspondiente que oportunamente remitirá HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A.
2. La Entidad me reintegrará cualquier deducción que hubiera realizado y que no hubiese remitido a HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A.
3. Las deducciones autorizadas cesarán cuando:
 - a) Notifique por escrito a la Entidad una cancelación a esta Autorización.
 - b) Se dé por finalizado el contrato de la entidad con HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A.

Se deja expresa constancia de que los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 429/2000 y modificatorias 90/2001 y 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la Superintendencia de Seguros de la Nación.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- c) Tarjetas de Crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la Superintendencia de Seguros de la Nación a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción del premio se materialice a través del Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Art. 1° de la presente resolución.

Cuando las operaciones de cobranza de premios sean efectuadas mediante descuentos de haberes conjuntamente con el cobro de créditos, planes de ahorro o cualquier otro procedimiento análogo, la obligación de pago del premio se considerará cumplida cuando el mismo sea descontado del haber, o en la fecha en que el asegurado o tomador abonó la cuota, independientemente del efectivo ingreso de los fondos a la entidad aseguradora.

Declaro que la información vertida en esta solicitud es completa, verídica y hecha de buena fe. Constituye la condición de validez del seguro y forma parte integrante del mismo. Reconozco y acepto que la propuesta presentada en la Compañía se encuentra en período de evaluación hasta que se comprueben todos los requisitos de selección. Hasta entonces sus términos no obligan al asegurador, según el art. 4 de la Ley de Seguros N° 17.418.

La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25.326, según Decreto 1558/01, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TOMADOR	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ASEGURADO	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TITULAR DEL MEDIO DE PAGO (*)
--------------------------------	----------------------------------	--

(*) Completar sólo en caso de que el Titular del Medio de Pago difiera del Tomador y/o Asegurado.