



Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Av. Ing. Enrique Butty 240 - Piso 15
C1001AFB - Buenos Aires, Argentina
T: (54-11) 4121-8666
F: (54-11) 4343-8384
www.assurant.com

ASSURANT ARGENTINA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
SEGURO COLECTIVO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO
CONDICIONES PARTICULARES

Entre **Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A.** en adelante “El Asegurador”, con domicilio en Ing. Butty 240, piso 15, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y quien se designa con el nombre de “Tomador”, se conviene en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las Condiciones Generales anexas a esta Póliza, que forman parte integrante de la misma.

Número de póliza: 166

Número de endoso: 1

Tomador:

Nombre y Apellido o Razón Social: HSBC Bank Argentina S.A.

C.U.I.T./C.U.I.L./C.D.I.: 33-53718600-9

Dirección: Florida 229 - Piso 8 - Cdad Autónoma de Bs. As

Moneda: Pesos

Período de vigencia de la Póliza:

Desde las cero horas del 16/07/2013 hasta las cero horas del 16/07/14.

Fecha de Emisión: 17/07/2013

Edad Mínima de Contratación: 18 años.

Edad Máxima de Contratación: 64 años y 364 días inclusive.

Edad Máxima de Cobertura: 70 años exclusive.

Plazo de carencia: 30 días

Período de espera: 30 días

Retroactividad del período de espera: No Retroactivo

Base de aplicación de la tasa de premio: Monto equivalente a la sumatoria de los consumos del mes, saldos financiados y cuotas pendientes de pago.

Máximo monto base de aplicación de la tasa de premio: \$15.000,-

Beneficio Mensual: 25% del monto equivalente al 150% de la sumatoria de los consumos del mes, saldos financiados y cuotas pendientes de pago del mes.

Máximo Beneficio Mensual: \$5.625

Mínimo Beneficio Mensual: \$200

Cantidad máxima de meses del beneficio: Hasta 4 (cuatro)

Período mínimo para ser reelegible: 180 días

Cláusulas y Anexos que integran esta póliza: Condiciones Generales, Anexo I Exclusiones y Cláusula de cobranza del premio.

Discriminación del Premio

Prima de Tarifa	0.982
IVA	0.211
Impuestos Internos	0.001
Tasa de Superintendencia	0.006
Sellados	0.016
Otros impuestos	
Premio Total	1.216

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la Entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono: 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30. Podrá consultarse vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Si el texto de la póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Asegurado, si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

Esta Póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Proveído N° 105.846 de fecha 01/06/2007 y sus modificatorias.

Advertencias

De acuerdo al art. 1° de la Resolución ME N° 429/00, según texto de la Resolución ME N° 407/01, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- 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 de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Los productores asesores de seguros Ley n° 22400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el artículo 7 de la presente cláusula.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Responsable de la Aseguradora