

N° de Póliza:

N° de Certificado:

Datos del Asegurado Titular de la Póliza / Certificado

C.U.I.T. / C.U.I.L.: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: | | | | | | | | | |

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nac.: _____ Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Nombre del Cónyuge: _____ D.N.I. del Cónyuge: | | | | | | | | | |

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización:

N° de Cuenta Banco Galicia: CA CC Número: _____

Otro Banco: _____ Número de Cuenta: _____

C.B.U. | | | | | | | | | | | | | | | | | | (22 dígitos)

Referencias Personales / Laborales / Comerciales:

1°) Apellido y Nombres: _____ 2°) Apellido y Nombres: _____

Datos del Siniestrado

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: | | | | | | | | | |

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nac.: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación: _____ Vínculo con el Asegurado Titular: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre/s de la/s intervenciones realizadas: _____

Código/s de Referencia _____ Fecha de la/s Intervenciones _____

(según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales)

Diagnóstico / Datos Relevantes de la Historia Clínica

Datos del Profesional Interviniente

Apellido y Nombres del Médico: _____ D.N.I.: | | | | | | | | | |

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

N° de Matrícula Nacional: _____ N° de Matrícula Provincial: _____

Datos del Establecimiento Asistencial

Establecimiento Asistencial: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Tomo conocimiento que Galicia Seguros S.A. se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para dar cumplimiento a las normas legales, y las relacionadas con el lavado de dinero (Ley 25.246, Resolución 32/2011 UIF y vinculadas), correspondiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados.

Declaro bajo juramento que los fondos que utilizo/utilizaré en la operatoria relacionada con el presente seguro provienen de actividades lícitas relacionadas con mi actividad declarada. Asimismo me comprometo a informar a esta Compañía en caso de ser funcionario público (PEPs), nacional o extranjero, como también si tuviera algún familiar que revistiera tal carácter; cumpliendo con los requisitos previstos en la Res. 11/2011 de la Unidad de Información Financiera (UIF). Para mayor información sobre esta normativa, puede consultar nuestra página web www.galiciaseguros.com.ar o contactarse con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Firmado en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____
