

Datos de la Entidad Contratante

N° de Póliza:

N° de Certificado:

Razón Social: _____ Actividad Principal / Ramo: _____
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ C.P. _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____ C.U.I.T.: _____

Calidad bajo la cual solicita la indemnización

TITULAR DE PÓLIZA BENEFICIARIO DESIGNADO / HEREDERO LEGAL CESIONARIO DE DERECHOS

Datos del Asegurado Titular de la Póliza / Certificado

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

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____
 Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nac.: _____ Nacionalidad: _____
 Ocupación: _____
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____
 Celular: _____ E-mail: _____
 Estado Civil: _____ Nombre del Cónyuge: _____ D.N.I. del Cónyuge: _____
 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 (completar sólo en el caso que no sea el mismo asegurado titular)

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: _____

Declaración Jurada: Para poder dar curso a esta Declaración es condición necesaria responder a todas y cada una de las preguntas que la componen, en forma completa, detallada y precisa.

1. Lugar, fecha y hora del accidente.

6. Lesión sufrida (llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, etc.). Dar detalles.

2. Circunstancias y consecuencias del accidente.

7. Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios.

3. ¿Se instruyó sumario policial? Indicar localidad / Jurisdicción, seccional o dep. policial.

8. ¿Está usted ahora completamente incapacitado para dedicarse a alguna ocupación?

4. Tareas que desempeña actualmente.

9. Indique nombre y dirección de todos los médicos que lo asisten.

5. Parte del cuerpo lesionada.

OBSERVACIONES: _____

Autorizo a Galicia Seguros S.A. a solicitar cualquier tipo de informes sobre los antecedentes clínicos del asegurado. A tales efectos, deixo expresa constancia que relevo del secreto profesional a los médicos o instituciones públicas o privadas que lo han examinado o asistido para suministrar informes acerca de su salud. A la vez me comprometo a brindar toda colaboración que razonablemente me sea solicitada por esta Aseguradora a través de sus representantes.

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.

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____

 Firma del Asegurado Aclaración de la Firma D.N.I. _____

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, (hojas 1 y 2) con la debida firma del Médico Asistente en ambas.

Luego, por favor remita el formulario completo a **Galicia Seguros: Maipú 241 (C1084ABE) - Capital Federal**

Datos del Asegurado / Paciente

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

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Universidad en que se graduó: _____ Número de Matrícula: _____

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

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

- 1. Fecha del Accidente. _____
- 2. ¿Ya se encontraba el paciente en esa fecha con incapacidad laboral? _____
- 3. ¿En qué fecha le practicó usted, la última atención y/o curación? _____
- 4. Sírvase indicar la naturaleza de la lesión o enfermedad que originó la incapacidad de su diagnóstico definitivo. _____
- 5. En caso de que el paciente no haya reanudado sus tareas, sírvase indicar los principales síntomas, secuelas o taras actuales. _____
- 6. ¿Hay algún tratamiento clínico y/o quirúrgico y/o uso de artificios de técnica (prótesis, ortesis, bastones, etc.) que pueda mejorar el estado actual del paciente _____
- 7. ¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad? _____
- 8. En el caso de no querer el paciente realizarlo, ¿Cuáles han sido sus motivos? _____
- 9. ¿Por cuánto tiempo deberá permanecer en su casa debido a su lesión o enfermedad? _____
- 10. Si no está recluso en casa, ¿por qué no puede reanudar su trabajo total o parcialmente? _____
- 11. ¿Está el paciente totalmente incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo, ocupación o negocio? _____
- 12. Si está completamente incapacitado en la actualidad, ¿Será permanente tal incapacidad? _____
- 13. ¿Desde qué fecha está el paciente total y permanentemente incapacitado? _____
- 14. Si la incapacidad no es permanente y definitiva, ¿por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado? _____
- 15. ¿Puede tratarse favorablemente su dolencia mientras permanece en el trabajo, aunque sea parcialmente?. Si no, exprese razones. _____
- 16. En caso que haya recuperado la aptitud laboral: ¿a partir de cuándo? _____

OBSERVACIONES: _____

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma y Sello del Médico

Aclaración de la Firma

D.N.I.