

## Datos del Beneficiario

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Tel. Particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Vínculo con el Asegurado: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## Calidad bajo la cual solicita la indemnización

Titular de Póliza  Beneficiario Designado / Heredero Legal  Cesionario de Derechos

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)

**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.

## Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

**N° de Póliza:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Emisión:** \_\_\_\_\_ **Suma Asegurada:** \_\_\_\_\_

1. ¿Qué residencias tuvo el asegurado desde que contrató el seguro?

## 2. Información laboral:

a. ¿Qué ocupación tenía en la fecha en que solicitó el seguro?  
b. Indique Nombre, Dirección y Teléfono del empleador

## 3. Si hubiera cambiado posteriormente de ocupación:

a. ¿Cuál fue la nueva?  
b. ¿Desde qué fecha la ejerció?

4. Lugar y fecha de nacimiento del asegurado (tómese los datos de la partida de nacimiento u otro documento fehaciente). Indique de dónde extrajo los datos.

5. Causa del fallecimiento.

6. Lugar y fecha del fallecimiento. Adjuntar copia autenticada de la partida de defunción expedida por la oficina del Registro Civil.

7. Plan de Asistencia Médica al que se hallaba afiliado el asegurado y Número de Asociado. (Obra Social - Medicina Prepaga)

8. Nombre, Dirección y Teléfono de los médicos que hayan asistido al asegurado durante el año anterior a la muerte.

9. Nombre, Dirección y Teléfono de los establecimientos asistenciales (Hospitales, Clínicas, Nosocomios) en que fue internado o recibió tratamiento ambulatorio. Dirección y Teléfono de los Consultorios Externos en que fue atendido.

10. ¿Desde cuándo conocía Ud. al extinto? Indique el número de años.

11. ¿En qué otras Compañías y por qué sumas estaba asegurada la vida del extinto?

12. ¿En qué carácter, o con qué título reclama Ud. el importe del seguro?

Autorizo a Galicia Seguros S.A. a solicitar cualquier tipo de informes sobre los antecedentes clínicos del asegurado. A tales efectos, dejo 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](http://www.galiciaseguros.com.ar) o contactarse con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Firmada en, \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario Aclaración de la Firma D.N.I. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo Aclaración de la Firma Dirección D.N.I. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo Aclaración de la Firma Dirección D.N.I. \_\_\_\_\_