

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

D.N.I. / L.E. / L.C. _____ C.U.I.T. / C.U.I.L. _____ N° de Póliza: _____

Domicilio: Calle _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ Teléfono particular: _____

Teléfono laboral: _____ Celular: _____ Mail de contacto: _____

Calidad bajo la cual solicita la indemnización

TITULAR DE POLIZA HEREDERO LEGAL CESIONARIO DE DERECHOS TERCERO DAMNIFICADO

Ubicación afectada

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tipo de Siniestro Incendio Robo/Hurto Responsabilidad Civil Otros

Fecha del Siniestro: _____ Hora: _____

Relato de lo sucedido: _____

Estimación del Daño: \$ _____ Denuncia Policial: SI NO Intervención de Bomberos: SI NO

Detalle de los bienes afectados: _____

¿Conoce usted que haya terceros afectados a causa del siniestro? SI NO

Apellido y Nombres: _____

D.N.I. / L.E. / L.C. _____ Relación: _____

Domicilio: Calle _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ Datos de contacto: _____

Antecedentes siniestros

Compañía: _____ Fecha de ocurrencia: _____

Compañía: _____ Fecha de ocurrencia: _____

Otras coberturas vigentes sobre hogar: Compañía: _____

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)

La Compañía tendrá derecho a sustituir el pago en efectivo por el reemplazo del bien o su reparación.

Autorizo a Galicia Seguros S.A. a solicitar cualquier tipo de información relacionada con esta solicitud. 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 Denunciante

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Por favor complete el formulario, fírmelo y envíelo por mail a infogalicia@galiciaseguros.com.ar, o por fax al 0800-555-9998, o a nuestra dirección: Maipú 241 (C1084ABE) - Capital Federal