

N° de Póliza: C.U.I.T. / C.U.I.L.

Datos del Comercio Asegurado

Denominación:

Rubro / Actividad: Superficie Total m2:

Datos del Contacto

Apellido y Nombres: D.N.I. / L.E. / L.C.

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 el riesgo: Compañía:

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