

DENUNCIA DE SINIESTRO

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____ N° de Póliza: _____

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

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

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

Celular: _____

Dato del Siniestro

Solicito la indemnización en calidad de Titular Apoderado

Fecha de robo: _____ Horario de robo: _____ Horario de cobro: _____

Lugar del siniestro: _____ Localidad: _____

Ubicación del cajero físico: _____ Localidad: _____

Sucursal de Cía. Financiera Argentina: _____

Importe del robo: \$ _____

¿Realizó la denuncia policial? SI NO

Elementos sustraídos en el siniestro, además del dinero: _____

Relato de lo sucedido: _____

¿Ha tenido usted siniestros anteriores por los cuales realizó denuncias a esta u otras Compañías?

MES	AÑO	COMPAÑÍA	TIPO DE SINIESTRO	INDEMNIZACIÓN	MOTIVO DEL RECHAZO

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