

Número de Póliza:

Número de Certificado *(si corresponde)*:

Datos del Asegurado:

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____
Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nac.: _____ Nacionalidad: _____
Domicilio Particular: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____
Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono Particular: _____
Celular: _____ E-Mail: _____

Dato del Siniestro

Solicito la indemnización en calidad de Titular Apoderado Heredero Legal

Fecha de robo: _____ Horario de robo: _____

Lugar del siniestro: _____ Localidad: _____

Estimación del robo: \$ _____

Elementos personales sustraídos en el siniestro:

Relato de lo sucedido:

Esta comunicación deberá ser acompañada de copia de la Denuncia Policial, fotocopia de Documento de Identidad (DNI) o constancia de su tramitación o constancia de haber denunciado su pérdida como consecuencia del mismo hecho que se denuncia, copia de factura de compra del bien afectado u otro elemento que acredite la preexistencia del bien afectado. Esta Aseguradora se reserva el derecho de solicitar el original de la documentación enunciada.

Forma de Pago

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)

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