

Este formulario debe ser completado por el Contratante / Asegurado en caso de Enfermedad Terminal, Enfermedad Crítica, Trasplante de Organos, Alta Complejidad, Diagnóstico de Sida y Contagio Accidental de Sida.

Datos de la Entidad Contratante

N° de Póliza:

N° de Certificado:

Razón Social: _____ Actividad Principal / Ramo: _____
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ C.P. _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____ C.U.I.T.: _____

Calidad bajo la cual solicita la indemnización

TITULAR DE PÓLIZA BENEFICIARIO DESIGNADO / HEREDERO LEGAL CESIONARIO DE DERECHOS

Datos del Asegurado Titular de la Póliza / Certificado

C.U.I.T. / C.U.I.L.: _____

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____
 Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nac.: _____ Nacionalidad: _____
 Ocupación: _____
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____
 Celular: _____ E-mail: _____
 Estado Civil: _____ Nombre del Cónyuge: _____ D.N.I. del Cónyuge: _____

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)

Referencias Personales / Laborales / Comerciales:

1°) Apellido y Nombres: _____ 2°) Apellido y Nombres: _____

Datos del Siniestrado (completar sólo en el caso que no sea el mismo asegurado titular)

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____
 Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nac.: _____ Nacionalidad: _____
 Ocupación: _____ Vínculo con el Asegurado Titular: _____
 Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____
 Nombre de su Médico de Cabecera: _____ Domicilio del Médico: _____

Detalle de la Enfermedad o Intervención Quirúrgica:

Le rogamos indique cualquier detalle, inclusive fechas en cuanto a la enfermedad / accidente sufrido, los médicos especialistas que fueron consultados, el tratamiento seguido y, en caso de una hospitalización, el nombre del hospital. Naturaleza de la Enfermedad o Intervención Quirúrgica (en caso de accidente dónde y cómo ocurrió)

Detalle de cualquier consulta efectuada referida a la enfermedad / accidente sufrido:

Nombre del Médico u Hospital	Fechas	Tratamiento

Si usted posee informes de médicos que lo hubieran atendido y/o informes de hospitalización relacionados con la enfermedad / accidente sufrido, le rogamos nos haga llegar una copia de los mismos.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que Galicia Seguros S.A. pueda recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y de cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

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 Contratante / Asegurado Aclaración de la Firma D.N.I. _____