

PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO EN CASO DE SOLICITUD POR RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

(Cualquier internación debe ser comunicada a **Galicia Seguros S.A.** dentro de los cinco (5) días de haberse efectuado)

Datos del Asegurado Titular

N° de Póliza:

N° de Certificado:

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____

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

Localidad: _____ Provincia: _____ Tel. Particular: _____

Celular: _____ e-mail: _____

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)

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

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____

Vínculo con el Asegurado Titular: _____

Calidad bajo la cual solicita la indemnización

TITULAR DE PÓLIZA

BENEFICIARIO DESIGNADO / HEREDERO LEGAL

CESIONARIO DE DERECHOS

Prescripción de la Internación

Fecha de Prescripción: _____

Apellido y Nombres del Médico: _____ N° de Matrícula: _____

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

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Motivo de la Prescripción: ENFERMEDAD Especifique: _____

ACCIDENTE Especifique: _____

Fecha de Inicio de la Enfermedad/Accidente: _____ Desde qué Fecha Asiste al Paciente: _____

Otros Médicos que lo hayan asistido por esta Enfermedad / Accidente:

1°) Apellido y Nombres: _____ Dirección: _____

2°) Apellido y Nombres: _____ Dirección: _____

Internación atendida por:

Apellido y Nombres del Médico: _____ N° de Matrícula: _____

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

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Nombre del Establecimiento de Internación: _____

Fecha y Hora de Internación: _____ : _____ Fecha y Hora del Alta de Internación: _____ : _____

Autorizo a Galicia Seguros S.A. a solicitar cualquier tipo de informes sobre los antecedentes clínicos del asegurado. A tales efectos, deixo expresa constancia que relevo del secreto profesional a los médicos o instituciones públicas o privadas que lo han examinado o asistido para suministrar informes acerca de su salud. A la vez me comprometo a brindar toda colaboración que razonablemente me sea solicitada por esta Aseguradora a través de sus representantes.

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

Firma y Sello del Médico Aclaración de la Firma D.N.I. _____

Firma y Sello del Establecimiento de la Internación Aclaración de la Firma Cargo que Desempeña _____

Por favor complete el formulario, fírmelo y remítalo a **Galicia Seguros: Maipú 241 (C1084ABE) - Capital Federal**