

Datos del Asegurado Titular

Número de Póliza: _____

Entidad Contratante / Administrador / Tomador del Seguro: _____

Apellido y Nombres: _____ C.U.I.L./C.U.I.T.: _____

Fecha y lugar de Nac.: _____ D.N.I.: _____

Solicito se realicen las modificaciones que se indican a continuación:

Rectificación Datos del Asegurado Titular

Apellido y Nombres: _____ C.U.I.L./C.U.I.T.: _____

Sexo: M F Nacionalidad: _____ Fecha y lugar de Nac.: _____ D.N.I.: _____

Estado Civil: _____ Nombre del Conyuge: _____ D.N.I. del Conyuge: _____

Ocupación: _____

Referencias Personales / Laborales / Comerciales:

Apellido y Nombres	Relación	D.N.I.

Modificación del Domicilio

Domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Tel. Particular: _____ e-mail: _____

Domicilio Laboral: _____ Tel. Laboral: _____

Modificación de Beneficiarios

Se deja constancia que la nueva designación de beneficiarios es la siguiente: (*)

Apellido y Nombres	Relación	D.N.I.	% de Beneficio

(*) Esta designación reemplaza la designación efectuada anteriormente.

Detalle el motivo del cambio de Beneficiario/s: _____

Modificación Suma Asegurada

El importe de la nueva suma asegurada solicitada es*: _____

(*) Sujeto a aceptación de Suscripción de Galicia Seguros S.A.

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma del Asegurado

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Firma del Productor / Vendedor / Contratante

Aclaración de la Firma

D.N.I.

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

Modificación al Grupo Familiar

ALTA (Incorporación de miembros al grupo familiar asegurado)

Apellido y Nombres	Relación	D.N.I.	Fecha de Nac.

La siguiente pregunta es para el cónyuge o miembro del grupo familiar que ingresa :

NO SI

¿Sufrió su cónyuge, o su/s hijo/s algún accidente, operación quirúrgica o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar un médico, o se encuentra actualmente bajo tratamiento y/o ingiriendo alguna medicación?

(* En caso afirmativo, especifique quién y detalle el caso.

.....

.....

El Artículo 5º de la Ley de Seguros Nº 17.418 establece que toda declaración falsa o reticencia, aún hecha de buena fe, hace nulo el seguro.

(* Las respuestas afirmativas deben ser ampliadas en el espacio previsto a tal fin, brindando toda la información posible en cada caso, indicando fechas, diagnósticos, tratamientos, etc.

Respuestas afirmativas

.....

.....

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____

.....

.....

.....

Firma del Asegurado

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Declaramos bajo juramento que las respuestas anteriores son completas y verdaderas. Autorizamos a la Compañía de Seguros de Vida y a sus Médicos, a solicitar y brindar informes acerca de nuestra salud y/o historia clínica a los médicos que nos han asistido o nos asistirán en el futuro y a cualquier institución médica. Se tratará como confidencial la información referente a la asegurabilidad de los proponentes.

BAJA (Exclusión de miembros al grupo familiar asegurado)

Apellido y Nombres	Relación	D.N.I.	Fecha de Nac.

Por medio de esta declaración notifico a GALICIA SEGUROS S.A. la renuncia indeclinable a la cobertura del seguro para los miembros del grupo familiar detallados en la presente solicitud.

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____

.....

.....

.....

Firma del Asegurado

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Autorizo la siguiente Forma de Pago del Seguro / Conformidad (sólo para pólizas individuales)

DESCUENTO DE HABERES

Nº de Convenio _____ Nº de Padrón _____ Empresa/Lugar de trabajo _____
 Centro _____ Nº de Sector _____ Nº de Legajo _____

DEBITO EN TARJETA DE CREDITO

Nombre de la Tarjeta de Crédito _____ Número de la Tarjeta _____
 Banco Emisor _____ Fecha de Vencimiento _____

DEBITO EN CTA. CORRIENTE

DEBITO EN CAJA DE AHORRO

Número de Cuenta _____
 Banco _____ Sucursal de Débito _____ C.B.U. _____

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO: Autorizo a Galicia Seguros S.A. a realizar el débito automático en mis Haberes / Cuenta Corriente / Caja de Ahorro / Tarjeta de Crédito, en forma mensual, de las coberturas adquiridas en esta Solicitud y en las Condiciones estipuladas en las mismas. La imposibilidad de cobro de cualquier prima, producirá la suspensión de la póliza / certificado hasta tanto se regularice dicha situación.

vinculadas), correspondiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados.

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos corresponden a los definidos en la Resolución Nº407/2001. 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

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 Titular de la Cuenta / Tarjeta

Aclaración de la Firma

D.N.I.