

Número de Póliza Individual:	Fecha:
-------------------------------------	---------------

Datos del Asegurado Titular

Apellido y Nombres:	C.U.I.L./C.U.I.T.:			
Nacionalidad:	Fecha y lugar de Nac.:	D.N.I.:		
Estado Civil:	Nombre del Conyuge:	D.N.I. del Conyuge:		
Ocupación:				
Domicilio: Calle:	N°:	Piso:	Dpto.:	C.P.:
Localidad:	Provincia:	Tel. Particular:	e-mail:	

Referencias Personales / Laborales / Comerciales:

1°) Apellido y Nombres: _____

2°) Apellido y Nombres: _____

Medio de cobro: Indicar con una cruz la opción solicitada

CREDITO EN CTA. CORRIENTE CREDITO EN CAJA DE AHORRO

Número de Cuenta _____

Banco de Galicia y Bs. As. _____

Banco _____ Sucursal _____

Otro Banco _____ Número de Cuenta _____

C.B.U. _____ (22 dígitos)

Motivo de la solicitud de rescate:

IMPORTANTE:

- Galicia Seguros efectuará el pago en un plazo máximo de quince días desde la presentación del pedido en la compañía.
- En caso que la liquidación del rescate se abone mediante una transferencia electrónica se hará exclusivamente a cuentas habilitadas a nombre del titular.
- Los pagos realizados por medio de transferencia electrónica, están alcanzados por el impuesto al crédito/débito en cuentas bancarias.

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

Declaro bajo juramento que los fondos que utilizo/utilizaré en la operatoria provienen de actividades lícitas relacionadas con mi actividad declarada.

Ponemos en su conocimiento que en virtud de la resolución 11/2011 de la Unidad de Información financiera referente a la prevención de lavado de activos, se identifica a clientes "PEPs", de acuerdo a la siguiente descripción:

Personas expuestas políticamente (PEPs)

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad que:

SI NO me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente descripta.

En caso afirmativo indicar: Cargo/Función/Jerarquía, o relación (con la Persona Expuesta Políticamente):

Firmada en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma del Asegurado Titular	Aclaración de la Firma	D.N.I.
-----------------------------	------------------------	--------