

N° de Póliza:

N° de Certificado:

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)

En caso de cuenta de otro Banco, adjuntar constancia del CBU emitida por la entidad.

Declaración Jurada:

Para poder dar curso a esta **Declaración** es condición necesaria responder a todas y cada una de las preguntas que la componen, en forma completa, detallada y precisa.

Se encuentra siendo atendido por **Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART):**

SI

NO

Si la respuesta es positiva, indique si posee **Dictamen de Comisión Medica de ART(*)**:

SI

NO

(*) En caso de poseer "dictamen" enviarlo junto a este formulario.

Indique si volvió a su trabajo habitual:

SI

NO

Cuestionario:

1. Indicar lugar, fecha, hora y circunstancias del accidente:

2. Indicar si hubo intervención policial:

SI

NO

3. Parte del cuerpo lesionada:

Miembros INFERIORES:

Pie Der.

Pierna Der.

Rodilla Der.

Empeine Der.

Cadera Der.

Dedos del pie Der.

Izq.

Izq.

Izq.

Izq.

Izq.

Izq.

Miembros SUPERIORES:

Mano Der.

Muñeca Der.

Brazo Der.

Codo Der.

Hombro Der.

Dedos de la mano Der.

Izq.

Izq.

Izq.

Izq.

Izq.

Izq.

4. Indicar nombre del establecimiento / médico que lo asistió, tanto en la primera atención como en la recuperación de la lesión:

Observaciones:

Firmada en,

el día

de

de 20

Firma y sello del Médico Asistente

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Firma del Asegurado

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Datos del Asegurado / Paciente

Apellido y Nombres:

D.N.I.:

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres:

Teléfono de contacto:

Número de Matrícula:

Cuestionario:

1. Fecha del accidente:
2. ¿En qué fecha le practicó usted, la última atención y/o curación?
3. Sírvase informar la naturaleza de la lesión o enfermedad que originó la incapacidad de su diagnóstico definitivo:
4. En caso de que el paciente reanudara sus tareas, sírvase indicar fecha de alta y los principales síntomas, secuelas o taras actuales:
5. ¿Está el paciente totalmente incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo, ocupación o negocio?SI NO
6. En caso que haya recuperado la aptitud laboral / tareas habituales:SI NO
- Certificar alta médica que incluya la movilidad (medida en grados de ángulo para cada movimiento) de la lesión denunciada.

Observaciones:

Autorizo a Galicia Seguros S.A.U. a solicitar cualquier tipo de informes sobre los antecedentes clínicos del asegurado. A tales efectos, dejo 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.U. se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para dar cumplimiento a las normas legales, y las relacionadas con la prevención del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo (Ley 25.246, Resolución UIF 28/2018 y complementarias), comprometiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a

los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Política de Privacidad y protección de datos personales:<https://galiciaseguros.com.ar/legales/politicasprivacidadprotecciondatos-personales>.

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación de la entidad aseguradora, dirigiéndose a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0800-666-8400, por correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o vía Internet a la siguiente dirección: www.argentina.gob.ar/ssn.

Compañía Emisora: Galicia Seguros S.A.U.
GS-FN-0193_00

Firmada en,	el día	de	de 20
Firma y sello del Médico Asistente	Aclaración de la Firma	D.N.I.	
Firma del Asegurado	Aclaración de la Firma	D.N.I.	