

Datos del Asegurado

N° de Póliza: _____ N° de Certificado (si corresponde): _____

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

Solicito se realicen las modificaciones que se indican a continuación:

Modificación de los Datos del Asegurado

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

D.N.I. / L.E. / L.C.: _____ Nacionalidad: _____

Sexo: ☐ F ☐ M Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Domicilio real: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ E-Mail: _____

Estado civil: _____ Nombre cónyuge o conviviente: _____

Ocupación / Profesión / Actividad: _____ Lugar de trabajo: _____

Domicilio laboral: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Dejo expresa constancia que autorizo a Galicia Seguros a enviar cualquier documentación y/o notificación con respecto a la póliza a la casilla de mail arriba denunciada.

Modificación del Domicilio de Correspondencia y/o el de Riesgo

Completar unicamente cuando el domicilio asegurado, según datos de póliza, difiera del declarado por usted en la solicitud de seguro.

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Pedido de Anulación

Solicito la anulación de la póliza número: _____

Te mantendremos al tanto del estado de tu siniestro vía e-mails y SMS.

¿Te interesa que además nos comuniquemos a tu teléfono (particular o celular)? ☐ Si ☐ No

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.

Declaro bajo juramento que los fondos que utilizo/utilizaré en la operativa 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 las Res. 134/2018 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.

En cumplimiento a la Ley 25.326, se informa que los datos que nos has proporcionado completando este formulario integrarán la(s) base(s) de datos de Galicia Seguros S.A.U., la cual se encuentra inscripta ante la

AAIP, y que se comprometo a tratarlos de una manera confidencial. Nos autorizas expresamente a tratar, ceder y/o transferir tus datos.

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 N° 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/politicasprivacidadprotecciondatospersonales>.

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.

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

Firma del Denunciante Aclaración de la Firma D.N.I.

Completá el formulario, firmalo, y sacale una foto o escanealo para enviarlo por mail a infogalicia@galiciaseguros.com.ar, indicando en el **Asunto: Siniestro**. También podés ingresar a www.GaliciaSeguros.com.ar para contactarnos por WhatsApp o chat y cargar el formulario desde ahí. Nuestra dirección: Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430 piso 6 (C1038AAJ) - Capital Federal