

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.:

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.

Dato del Siniestro

Solicito la indemnización en calidad de:

☐

TITULAR

☐

APODERADO

☐

HEREDERO LEGAL

Fecha de robo:

Horario de robo:

Lugar del siniestro:

Localidad:

Estimación del robo: \$

Valor reclamado: \$

Elementos personales sustraídos en el siniestro:

Relato de lo sucedido:

Documentación a presentar:

1. Denuncia Policial, en original y/o copia. 2. Fotocopia de su documento de identidad, constancia de su tramitación o constancia de haber denunciado su pérdida como consecuencia del mismo hecho que se denuncia. 3. Factura de compra del bien afectado, en original y/o copia u otro elemento que, a satisfacción del Asegurador, acredite la preexistencia del bien afectado. 4. En defecto de los elementos solicitados en el inciso precedente, el Asegurado deberá suministrar una declaración de preexistencia aportando nombre y apellido, domicilio, tipo y número de documento de identidad de dos personas hábiles y mayores de edad que puedan atestiguar la preexistencia.

¿Ha tenido usted siniestros anteriores por los cuales realizó denuncias a esta u otras Compañías?

MES	AÑO	COMPAÑÍA	TIPO DE SINIESTRO	INDEMNIZACIÓN	MOTIVO DEL RECHAZO
-----	-----	----------	-------------------	---------------	--------------------

Otras coberturas vigentes: Compañía:

En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización: el titular de la póliza debe ser el mismo titular de la cuenta informada. Importante: la compañía puede optar por realizar el pago por medio de una orden de compra.

Banco Galicia: ☐ CA ☐ CC

Número de cuenta:

Otro banco:

Número de cuenta:

C.B.U.:

En caso de cuenta de otro banco, adjuntar constancia del C.B.U. emitida por la entidad. (22 dígitos)

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

Autorizo a Galicia Seguros S.A.U. a solicitar cualquier tipo de información relacionada con esta denuncia. La información consignada en el presente formulario revisten carácter de declaración jurada. 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 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 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 INFORMACIÓN PÚBLICA, 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