

Datos del Solicitante

Apellido y Nombres:

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

Sexo:

M

F

Nacionalidad:Fecha de Nac.:Estado Civil:C.U.I.L.:

Domicilio: Calle:N°:Piso:Depto.:C.P.:

Localidad:Provincia:Teléfono Particular:Teléfono Comercial:

Teléfono Celular:E-Mail:

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.

MUY IMPORTANTE: Debe ser completado por el solicitante, dando respuesta a la totalidad de las preguntas y datos solicitados. La presente Declaración de Salud debe ser llenada previa lectura del Art. 5° de la Ley de Seguros N° 17.418 que dice: "Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hacen nulo el seguro".

Indique su estatura y peso (vestido) exacto:
Indique cifras de presión arterial (presión máxima y mínima):

Por favor, marque con una cruz (X) lo que corresponda. En caso de respuesta afirmativa amplíe con los datos requeridos dentro del cuadro correspondiente en cada pregunta:

	No	Sí
1 ¿Sufre o sufrió enfermedades del sistema nervioso, o mental, como convulsiones, epilepsia, ACV, parálisis, Parkinson, esclerosis múltiple, depresión, ciclotimia, u otra?		
2 ¿Sufre o sufrió enfermedades cardíacas o circulatorias, como infarto, angina de pecho, hipertensión, arterioesclerosis u otra?		
3 ¿Sufre o sufrió tumores, leucemia, linfomas, cáncer, quistes, pólipos u otra?		
4 ¿Sufre o sufrió enfermedades metabólicas como colesterol alto, diabetes u otra?		
5 ¿Sufre o sufrió enfermedades del aparato digestivo como colitis ulcerosa divertículos, cirrosis u otra?		
6 ¿Sufre o sufrió enfermedades del aparato respiratorio como bronquitis crónica, enfisema, asma u otra?		
7 ¿Sufre o sufrió enfermedades renales o del aparato urinario o reproductivo como poliquistosis renal, próstata, testículo, útero, ovarios u otra?		
8 ¿Está padeciendo alguna otra enfermedad aquí no mencionada, o en estudio médico, o consume o consumió alcohol como problema o drogas narcóticas, o se contagió de HIV, o hepatitis B o C?		

Autorizo a Galicia Seguros S.A.U. a solicitarme aquellos antecedentes e informes clínicos que fueran conducentes para llevar a cabo el análisis de suscripción correspondiente. Nota Importante: la cobertura inicia su vigencia cuando la Compañía acepte las condiciones de la presente solicitud. Asimismo dicha cobertura quedará sin efecto si al momento de suscribirse ud. padeciera de una enfermedad que fuera causante directa o indirecta de un eventual siniestro ("enfermedades preexistentes"). 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 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/politicasprivacidadprotecciondatospersonal> es. 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 díadede 20

Firma del SolicitanteAclaración de la FirmaD.N.I.

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad con la debida firma del Asegurable en ambas.