

Este formulario debe ser completado por el Contratante / Asegurado en caso de Enfermedad Terminal, Enfermedad Crítica, Trasplante de Órganos, Alta Complejidad, Diagnóstico de Sida y Contagio Accidental de Sida.

Datos de la Entidad Contratante

N° de Póliza:

N° de Certificado:

Razón Social:

Actividad Principal / Ramo:

Domicilio: Calle:

N°:

Piso:

Dpto.:

C.P.

Localidad:

Provincia:

Teléfono :

C.U.I.T.:

Calidad bajo la cual solicita la indemnización

☐ TITULAR DE PÓLIZA

☐ BENEFICIARIO DESIGNADO / HEREDERO LEGAL

☐ CESIONARIO DE DERECHOS

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

Referencias Personales / Laborales / Comerciales:

1°) Apellido y Nombres:

2°) Apellido y Nombres:

Datos del Siniestrado (completar sólo en el caso que no sea el mismo asegurado titular)

Apellido y Nombres:

D.N.I.:

Sexo: M F

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nac.:

Nacionalidad:

Ocupación:

Vínculo con el Asegurado Titular:

Domicilio: Calle:

N°:

Piso:

Depto.:

C.P.

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Nombre de su Médico de Cabecera:

Domicilio del Médico:

Detalle de la Enfermedad o Intervención Quirúrgica:
Le rogamos indique cualquier detalle, inclusive fechas en cuanto a la enfermedad / accidente sufrido, los médicos especialistas que fueron consultados, el tratamiento seguido y, en caso de una hospitalización, el nombre del hospital. Naturaleza de la Enfermedad o Intervención Quirúrgica (en caso de accidente dónde y cómo ocurrió)

Detalle de cualquier consulta efectuada referida a la enfermedad / accidente sufrido:

Nombre del Médico u Hospital	Fechas	Tratamiento

Si usted posee informes de médicos que lo hubieran atendido y/o informes de hospitalización relacionados con la enfermedad / accidente sufrido, le rogamos nos haga llegar una copia de los mismos.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que Galicia Seguros S.A.U. pueda recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y de cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

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/politicasp Privacidad proteccion datos personales>

Firmada en,

el día de 20

Firma del Contratante / Asegurado

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Por favor complete el formulario, fírmelo y remítalo a **Galicia Seguros:**
Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430 piso 6 (C1038AAJ).