

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:			
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.					
1. Lugar, fecha y hora del accidente.		6 . Lesión sufrida (llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, etc.). Dar detalles.			
2. Circunstancias y consecuencias del accidente.		7. Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios.			
3. ¿Se instruyó sumario policial? Indicar localidad / Jurisdicción, seccional o dep. policial.		8. ¿Está usted ahora completamente incapacitado para dedicarse a alguna ocupación?			
4. Tareas que desempeña actualmente.		9. Indique nombre y dirección de todos los médicos que lo asisten.			
5. Parte del cuerpo lesionada.					
OBSERVACIONES:					
Firmada en, el día 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.	

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, (hojas 1 y 2) con la debida firma del Médico Asistente en ambas.

Luego, por favor remita el formulario completo a Galicia Seguros: Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430 piso 6 (C1038AAJ).

Hoja 1/2

Datos del Asegurado / Paciente

Apellido y Nombres:

D.N.I.:

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres:

Teléfono de contacto:

Número de Matrícula:

1. Fecha del Accidente.

2. ¿Ya se encontraba el paciente en esa fecha con incapacidad laboral?

3. ¿En qué fecha le practicó usted, la última atención y/o curación?

4. Sirvase indicar la naturaleza de la lesión o enfermedad que originó la incapacidad de su diagnóstico definitivo.

5. En caso de que el paciente no haya reanudado sus tareas, sirvase indicar los principales síntomas, secuelas o taras actuales.

6. ¿Hay algún tratamiento clínico y/o quirúrgico y/o uso de artificios de técnica (prótesis, ortesis, bastones, etc.) que pueda mejorar el estado actual del paciente

7. ¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad?

8. En el caso de no querer el paciente realizarlo, ¿Cuáles han sido sus motivos?

9. ¿Por cuánto tiempo deberá permanecer en su casa debido a su lesión o enfermedad?

10. Si no está recluido en casa, ¿por qué no puede reanudar su trabajo total o parcialmente?

11. ¿Está el paciente totalmente incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo, ocupación o negocio?

12. Si está completamente incapacitado en la actualidad, ¿Será permanente tal incapacidad?

13. ¿Desde qué fecha está el paciente total y permanentemente incapacitado?

14. Si la incapacidad no es permanente y definitiva, ¿por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado?

15. ¿Puede tratarse favorablemente su dolencia mientras permanece en el trabajo, aunque sea parcialmente?. Si no, exprese razones.

16. En caso que haya recuperado la aptitud laboral: ¿a partir de cuándo?

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.

Firmada en,

Firma y sello del Médico Asistente

Firma del Asegurado

el día

Aclaración de la Firma

Aclaración de la Firma

de

D.N.I.

D.N.I.

de 20

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, (hojas 1 y 2) con la debida firma del Médico Asistente en ambas.

Luego, por favor remita el formulario completo a **Galicia Seguros**: Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430 piso 6 (C1038AAJ).