

Datos del Asegurado Titular

Número de Póliza:

Entidad Contratante / Administrador / Tomador del Seguro:

Apellido y Nombres:

C.U.I.L./C.U.I.T:

Fecha y lugar de Nac.:

D.N.I.:

Solicito se realicen las modificaciones que se indican a continuación:

Rectificación Datos del Asegurado Titular

Apellido y Nombres:

C.U.I.L./C.U.I.T:

Sexo: ☐ F ☐ M Nacionalidad:

Fecha y lugar de Nac.:

D.N.I.:

Estado Civil:

Nombre del Conyuge:

D.N.I. del Conyuge:

Ocupación:

Referencias Personales / Laborales / Comerciales:

Apellido y Nombres	Relación	D.N.I.

Modificación del Domicilio

Domicilio: Calle:

N°:

Piso:

Dpto.:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Tel. Particular:

e-mail:

Domicilio Laboral:

Tel. Laboral:

Modificación al Grupo Familiar

☐ ALTA (Incorporación de miembros al grupo familiar asegurado)

Apellido y Nombres	Relación	D.N.I.	Fecha de Nac.

La siguiente pregunta es para el cónyuge o miembro del grupo familiar que ingresa :

NO

SI

¿Sufrió su cónyuge, o su/s hijo/s algún accidente, operación quirúrgica o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar un médico, o se encuentra actualmente bajo tratamiento y/o ingiriendo alguna medicación?

(*) En caso afirmativo, especifique quién y detalle el caso.

El Artículo 5º de la Ley de Seguros Nº 17.418 establece que toda declaración falsa o reticencia, aún hecha de buena fe, hace nulo el seguro.

(*) Las respuestas afirmativas deben ser ampliadas en el espacio previsto a tal fin, brindando toda la información posible en cada caso, indicando fechas, diagnósticos, tratamientos, etc.

Respuestas afirmativas

Firmada en,

el día

de

de 20

Firma del Asegurado

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Declaramos bajo juramento que las respuestas anteriores son completas y verdaderas. Autorizamos a la Compañía de Seguros de Vida y a sus Médicos, a solicitar y brindar informes acerca de nuestra salud y/o historia clínica a los médicos que nos han asistido o nos asistirán en el futuro y a cualquier institución médica. Se tratará como confidencial la información referente a la asegurabilidad de los proponentes.

Firma del Productor / Vendedor / Contratante

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Por favor complete el formulario, firmelo y envíelo a: infogalicia@galiciaseguros.com.ar junto con una foto del frente y dorso de su documento de identidad.

☐ **BAJA (Exclusión de miembros al grupo familiar asegurado)**

Apellido y Nombres	Relación	D.N.I.	Fecha de Nac.

Por medio de esta declaración notifico a Galicia Seguros S.A.U. la renuncia indeclinable a la cobertura del seguro para los miembros del grupo familiar detallados en la presente solicitud.

Firmada en,

el día

de 20

Firma del Asegurado

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Modificación de Beneficiarios

La suma de los porcentajes asignados para cada uno de los beneficiarios, no debe ser inferior ni superior al 100%
Se deja constancia que la nueva designación de beneficiarios es la siguiente: (*)

Apellido y Nombres:

Sexo: ☐ F ☐ M Nacionalidad:

Fecha de Nac.:

Estado Civil:

Relación:

% de Beneficio:

Domicilio: Calle:

Nº:

Piso:

Dpto.:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Apellido y Nombres:

Sexo: ☐ F ☐ M Nacionalidad:

Fecha de Nac.:

Estado Civil:

Relación:

% de Beneficio:

Domicilio: Calle:

Nº:

Piso:

Dpto.:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Apellido y Nombres:

Sexo: ☐ F ☐ M Nacionalidad:

Fecha de Nac.:

Estado Civil:

Relación:

% de Beneficio:

Domicilio: Calle:

Nº:

Piso:

Dpto.:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Apellido y Nombres:

Sexo: ☐ F ☐ M Nacionalidad:

Fecha de Nac.:

Estado Civil:

Relación:

% de Beneficio:

Domicilio: Calle:

Nº:

Piso:

Dpto.:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Apellido y Nombres:

Sexo: ☐ F ☐ M Nacionalidad:

Fecha de Nac.:

Estado Civil:

Relación:

% de Beneficio:

Domicilio: Calle:

Nº:

Piso:

Dpto.:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

(*) Esta designación reemplaza la designación efectuada anteriormente.

Firma del Productor / Vendedor / Contratante

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Por favor complete el formulario, fírmelo y envíelo a: infogalicia@galiciaseguros.com.ar junto con una foto del frente y dorso de su documento de identidad.

Detalle el motivo del cambio de Beneficiario/s:

Firmada en,

el día

de

de 20

Firma del Titular de la Cuenta / Tarjeta

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Modificación Suma Asegurada

El importe de la nueva suma asegurada solicitada es*:

(*) Sujeto a aceptación de Suscripción de Galicia Seguros S.A.U.

Firmada en,

el día

de

de 20

Firma del Asegurado

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Autorizo la siguiente Forma de Pago del Seguro / Conformidad (sólo para pólizas individuales)

☐ DESCUENTO DE HABERES

N°de Convenio

N° de Padrón

Empresa/Lugar de trabajo

Centro

N° de Sector

N° de Legajo

☐ DEBITO EN TARJETA DE CREDITO

Nombre de la Tarjeta de Crédito

Número de la Tarjeta

Banco Emisor

Fecha de Vencimiento

☐ DEBITO EN CTA. CORRIENTE

☐ DEBITO EN CAJA DE AHORRO

Número de Cuenta

Banco

Sucursal de Débito

C.B.U.

Se conviene que el premio de la cobertura contratada en la presente solicitud, será pagada mediante el medio de cobro arriba mencionado.

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos corresponden a los definidos en la Resolución N°407/2001.

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/politicasprivacidadprotecciondatospersonales>

Firmada en,

el día

de

de 20

Firma del Titular de la Cuenta / Tarjeta

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Firma del Productor / Vendedor / Contratante

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Por favor complete el formulario, firmelo y envíelo a: infogalicia@galiciaseguros.com.ar junto con una foto del frente y dorso de su documento de identidad.