

Número de Póliza Individual:

Fecha:

Datos del Asegurado Titular

Apellido y Nombres:

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

Nacionalidad:

Fecha y lugar de Nac.:

D.N.I.:

Estado Civil:

Nombre del Conyuge:

D.N.I. del Conyuge:

Ocupación:

Domicilio: Calle:

N°:

Piso:

Dpto.:

C.P.

Localidad:

Provincia:

Tel. Particular:

e-mail:

Referencias Personales / Laborales / Comerciales:

1°) Apellido y Nombres:

2°) Apellido y Nombres:

Medio de cobro: Indicar con una cruz la opción solicitada



CREDITO EN CTA. CORRIENTE



CREDITO EN CAJA DE AHORRO

Número de Cuenta

Banco de Galicia y Bs. As.

Banco

Sucursal

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

Motivo de la solicitud de rescate:

IMPORTANTE:

- Galicia Seguros efectuará el pago en un plazo máximo de quince días desde la presentación del pedido en la compañía.
- En caso que la liquidación del rescate se abone mediante una transferencia electrónica se hará exclusivamente a cuentas habilitadas a nombre del titular.
- Los pagos realizados por medio de transferencia electrónica, están alcanzados por el impuesto al crédito/débito en cuentas bancarias.

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. 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>.

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). Personas expuestas políticamente (PEPs) 1. Personas que sean o hayan sido en los 2 últimos años funcionarios públicos extranjeros y/o nacionales, provinciales, municipales y de la Ciudad de Buenos Aires que tengan o hayan tenido rango, jerarquías o categorías con facultades de decisión resolutivas, excluyéndose en consecuencia a los de niveles intermedios o inferiores. 2. Las autoridades y apoderados de partidos políticos o autoridades y representantes legales de organizaciones sindicales y empresariales (cámaras, asociaciones y otras formas de agrupación corporativa y de las obras sociales). 3. Cónyuges o convivientes reconocidos legalmente y familiares hasta el tercer grado de consanguinidad o de afinidad de los mencionados en 1) y 2), y allegados o colaboradores.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad que:

☐ SI ☐ NO me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente descripta.

En caso afirmativo indicar: Cargo/Función/Jerarquía, o relación (con la Persona Expuesta Políticamente):

Firmada en

el día

de

de 20

Firma del Asegurado Titular

Aclaración de la Firma

D.N.I.