



CERTIFICADO DE INCORPORACIÓN INDIVIDUAL ACCIDENTES PERSONALES

Galicia
Seguros



Póliza N°:

Certificado N°:

Galicia Seguros S.A.U. certifica que "El Titular" del presente certificado, queda amparado por este Seguro, por las coberturas detalladas más abajo, de acuerdo a las condiciones contractuales de la póliza respectiva.

DATOS DEL TOMADOR

Domicilio:

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR

Domicilio:

Dejo expresa constancia que autorizo a Galicia Seguros a enviar las condiciones de póliza y cualquier otra notificación con respecto a la misma a la casilla de mail arriba mencionada.

COBERTURA

Se considera "Accidente" a toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

BENEFICIO

Suma asegurada: \$

Costo Mensual del Seguro				
Prima Tarifa	I.V.A.	Otros Impuestos	Sellados	Premio

Los sellados aplicarán según la jurisdicción correspondiente.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO

En caso de que el asegurado no realizase una declaración de beneficiarios o por cualquier causa, la designación resultara ineficaz o quede sin efecto, el beneficio de la presente cobertura corresponderá a los Herederos Legales.

En caso de querer modificar la designación, por favor comuníquese con la compañía al 0-800-555-9998.

EDADES LIMITES

La edad límite de ingreso se extenderá hasta los 78 años del Asegurado más 364 días.

La edad límite de permanencia se extenderá hasta los 79 años del Asegurado más 365 días.

PRINCIPALES RIESGOS NO CUBIERTOS

Se deja constancia que este seguro no cubre el fallecimiento accidental del asegurado si se produce como consecuencia del desempeño de las siguientes actividades: trabajos relacionados con electricidad y alta tensión; trabajos en altura; trabajos que impliquen la manipulación de sierras mecánicas, sustancias explosivas, químicas o radioactivas; trabajos relacionados con la construcción o demolición. Además no se encuentran amparados quienes en el momento del accidente desempeñen funciones como: personal de custodia, seguridad privada, portacaudales; miembros de las fuerzas armadas; choferes de taxis, camiones, buses o remises; conductor de motocicletas; personal embarcado y pilotos de aeronaves.

Firmada en,

--	--	--

Firma del Solicitante / Titular de la Tarjeta

Aclaración de la Firma

D.N.I.

PARA USO INTERNO DE BANCO GALICIA.

Sucursal	Lugar	Fecha	Verificación de Firma (Firma y Sello)

Compañía Emisora:

Agente Institorio:

Ante cualquier consulta comuníquese al **0810-444-6500** de lunes a viernes de 8 a 21hs.



Póliza N°:

Certificado N°:

FORMA DE PAGO DEL SEGURO / CONFORMIDAD

TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA

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

Mediante la presente declaro haber leído y estar de acuerdo con las condiciones detalladas en el presente certificado. Autorizo a Galicia Seguros S.A.U. a solicitarme cualquier tipo de informes sobre mis antecedentes clínicos. Presto expresa conformidad para que Galicia Seguros S.A.U. comparta con Banco de Galicia y Buenos Aires S.A.U. los datos del presente seguro para que los mismos puedan ser visualizados a través de mi perfil online correspondiente a dicha entidad. **COMUNICACIÓN AL ASEGURADO:** El Asegurado que se identifica en este "Certificado de Incorporación" tiene derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro. El artículo 5 de la Ley de Seguros N° 17.418 establece que toda declaración falsa o reticencia de la información, aún hecha de buena fe, hace nulo el seguro. En consideración a las declaraciones suscriptas por el tomador y al pago del premio establecido, Galicia Seguros S.A.U., con domicilio en Maipú 241 Ciudad de Buenos Aires, de acuerdo con las Condiciones Contractuales de esta póliza, se obliga a pagar luego de análisis y aceptación de la documentación que acredite la ocurrencia del siniestro, la indemnización contratada.

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos son los autorizados por la SSN. Vencido el plazo de gracia para el pago del precio exigible sin que este se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del último día del plazo de gracia (30 días desde el vencimiento impago), sin necesidad de aviso previo. **Renovación Automática:** Autorizo a Galicia Seguros S.A.U. a renovar esta operación en lo sucesivo quedando esta autorización vigente hasta tanto exprese mi voluntad en contrario. **Incremento Anual del Capital Asegurado:** Autorizo a Galicia Seguros S.A.U. a actualizar anualmente el capital asegurado y el premio en función a la variación del salario mínimo, vital y móvil, según lo estipulado en la Cláusula 1006 de las Condiciones Generales de Póliza.

Advertencia: Este certificado de incorporación ha sido emitido conforme con las declaraciones formuladas en la solicitud de seguro, si el texto del presente difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 12 de la ley de seguros). La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web (www.galiciaseguros.com.ar). Para consultas o reclamos, comunicarse con Galicia Seguros S.A.U. al 0800 444 2220.

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 inscrita ante la AAIP, y que se compromete 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>

En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gov.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.

Este certificado de incorporación ha sido aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación, según Proveído N° 115.559 de fecha 27/12/2011.



FLAVIO DOGLIOLO
APODERADO

En virtud de contener este certificado de incorporación firma facsimilar, la Compañía renuncia a oponer defensa relacionada con la falsedad o inexistencia de la firma. Circular SSN N° 4.462. El presente certificado de incorporación se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

Firmada en,

--	--	--

Firma del Solicitante / Titular de la Tarjeta

Aclaración de la Firma

D.N.I.

PARA USO INTERNO DE BANCO GALICIA.

--	--	--	--

Sucursal

Lugar

Fecha

Verificación de Firma (Firma y Sello)

Compañía Emisora:

Agente Institorio: