

Solicitud N°:

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

Queda amparado mediante este seguro por Robo de Bicicleta aquel bien objeto de este seguro según detalle en condiciones particulares de la presente póliza.

BENEFICIO

El monto de la indemnización estará definido:
- en caso de **Robo de Bicicleta**, hasta \$
- en caso de **Pérdida Total por Incendio y/o Daños por Accidente**, hasta \$

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

Los sellados aplicarán según la jurisdicción correspondiente.

BIEN ASEGURADO

Marca:

Modelo:

Rodado:

BIENES NO ASEGURADOS

Gafas. Cascos. Cadenas - candados. Indumentaria del ciclista y en general, cualquier bien, accesorio no original u objeto ajeno a la propia bicicleta conforme a su modelo original de fábrica.

El seguro es para bicicleta, no para la persona.

- Cantidad Máxima de Eventos Anuales: 1 (uno) por asegurado.
- Ámbito de Cobertura: República Argentina.

PRINCIPALES RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurador no indemnizará los daños o pérdidas o gastos producidos por:

- Secuestro, requisa, incautación, decomiso, confiscación o nacionalización u otras decisiones legítimas o no, realizados por la autoridad o fuerza pública o de hecho o en su nombre.
- Acto intencional o negligencia inexcusable del Asegurado y/o su representante, encargado de los bienes objeto del seguro.
- Hurto, aunque se perpetrare con escalamiento o con uso de ganzúa, llaves falsas o instrumentos semejantes o de la llave verdadera que hubiere sido hallada, retenida o sustraída sin intimidación o violencia.
- Daños originados en dolo o culpa, negligencia o imprudencia del Asegurado.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

- Denuncia Policial, en original y/o copia
- Fotocopia de su documento de identidad, constancia de su tramitación o constancia de haber denunciado su pérdida como consecuencia del mismo hecho que se denuncia,
- Factura de compra del bien afectado, en original y/o copia u otro elemento que, a satisfacción del Asegurador, acredite la preexistencia del bien afectado.

En caso de que la compañía lo solicitase, el asegurado deberá concurrir a una entrevista para declarar sobre los hechos acontecidos

DENUNCIA DE SINIESTRO

La misma debe realizarse dentro de las 72 horas de ocurrido el siniestro.

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institutorio:

Solicitud 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.

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.

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. La cobertura inicia su vigencia cuando la Compañía acepte las condiciones de la presente solicitud, y quedará confirmada con la recepción de las Condiciones Particulares y Generales y/o el débito de la prima en el medio de pago elegido, lo que ocurra primero. En consideración a las declaraciones suscriptas 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. **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.

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 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>.

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.

Esta solicitud ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación, según Proveído N°121.262 de fecha 11/11/2015.

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio: