

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.

DATOS DEL DOMICILIO A ASEGURAR**EXCLUSIVO PARA VIVIENDA FAMILIAR PERMANENTE**

Cobertura m2 Cubiertos Aproximados

Costo Mensual (\$)

Los sellados aplicarán según la jurisdicción correspondiente.

Declaro Bajo Juramento que la vivienda a asegurar cumple con los siguientes requisitos y medidas mínimas de seguridad:

- Que las puertas de acceso a la vivienda o al departamento o la del edificio que dan a la calle, a patios o jardines o a pasillos exteriores cuentan con cerradura tipo doble paleta o bidimensionales.
- Que todas las puertas, ventanas, claraboyas, tragaluces u otras aberturas con paneles de vidrio que dan a la planta baja cuentan con rejas de protección de hierro, cualquiera fuere su ubicación, en tanto conectan a la vivienda asegurada con el exterior o sectores internos con conexión exterior.
- Que no linda con terreno baldío, obra en construcción o edificio abandonado, a menos que esté cercada por muros de una altura mínima de 1.80 metros de que impidan el ingreso que no sea por las puertas de acceso a la vivienda o edificio.
- Que todas las paredes exteriores del riesgo son de construcción sólida, entendiéndose por tal mamposterías, ladrillo u hormigón y los techos son de loza o tejas.

Autorizo a la Aseguradora a inspeccionar el riesgo durante la vigencia de la póliza. Lo antes declarado en esta solicitud se considera integrado a la póliza de seguro que cubrirá el objeto de seguro indicado en esta orden.

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio:

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

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.

Autorizo a la aseguradora a inspeccionar el riesgo asegurable. 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.

Incremento Anual del Capital Asegurado: Autorizo a Galicia Seguros S.A.U. a actualizar mensualmente el capital asegurado y el premio en función a la variación del índice de costos de la construcción, según lo estipulado en la Cláusula 1702 de las Condiciones Generales de Póliza.

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/politicaprivacidadprotecciondatospersonales>.

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.gov.ar o vía Internet a la siguiente dirección: www.argentina.gov.ar/ssn.

Esta solicitud ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación, según Proveído N° 123.552 de fecha 21/09/2016.

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio: