


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

Quedan amparados mediante este seguro por Robo o Daño Accidental aquellos bienes muebles de uso personal adquiridos por el Asegurado, con cargo a un medio magnético de pago emitido por Banco de Galicia y Buenos Aires S.A.U., siempre que los mismos no se encuentren específicamente excluidos.

BENEFICIO

El monto de la indemnización estará definido:

- en caso de Robo, hasta \$
- en caso de Daño Accidental, hasta

- Franquicia: 10% con un mínimo de \$50.
- Cantidad Máxima de Eventos Anuales: 2 (dos) por asegurado.
- Período de Cobertura: 60 días de la fecha de compra para Robo o Daño Accidental.
- Ámbito de Cobertura: República Argentina.

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

Los sellados aplicarán según la jurisdicción correspondiente.

PRINCIPALES RIESGOS NO CUBIERTOS

El Asegurador no indemnizará la pérdida o daño cuando se hayan producido por:

- Vicio propio, depreciación, desgaste, deterioro o rotura de cualquier pieza causados por el natural y normal manejo, uso o funcionamiento del bien.
- Provengan de hurto o Extravío.
- Daños por los que sea responsable el fabricante o proveedor del bien asegurado, ya sea legal o contractual.
- El uso del bien contrariando las instrucciones del fabricante.
- Daños que se manifiesten exclusivamente como defectos estéticos, incluyendo pero no limitado a ralladuras en superficies pintadas, pulidas o esmaltadas.
- La vivienda donde se encuentren los Bienes Asegurados permanezca deshabitada, o sin custodia por un período mayor de TREINTA (30) días consecutivos.
- Productos perecederos, productos consumibles, dinero metálico o su equivalente, cheques de viaje, billete de transporte, cupones de gasolina, tickets y otros instrumentos negociables, vehículo automotor, animales o plantas vivas, joyas y piedras preciosas.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

- En caso de Robo con:
 - original o copia de denuncia presentada ante las autoridades policiales,
 - factura original o copia del bien sustraído,
 - original o copia del cargo de la tarjeta donde se acredite que dicho bien ha sido pagado con la Tarjeta Asegurada.
- En caso de Daño Accidental con:
 - factura original o copia de compra,
 - original o copia del cargo de la tarjeta donde se acredite que dicho bien ha sido pagado con la Tarjeta Asegurada,
 - presupuesto con informe técnico membretado,
 - la posesión del bien dañado y permitir su peritación para evaluar los daños de reparación o indemnización.

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:



Solicitud N°:

DENUNCIA DEL SINIESTRO

La misma debe realizarse dentro de las 72 horas de ocurrido el siniestro.
En caso de que la compañía lo solicite, el asegurado deberá concurrir a una entrevista para declarar sobre los hechos acontecidos.

FORMA DE PAGO DEL SEGURO / CONFORMIDAD

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 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>

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 por Resolución de Pautas Mínimas del Ramo Riesgos Varios RESOL-2018-642-APN-SSN#MF/ N° de expediente electrónico: EX-2018-46460325--APN-GA#SSN.

Firmada en,

[Firma del Solicitante / Titular de la Tarjeta] [Aclaración de la Firma] [D.N.I.]

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: