

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.

COBERTURAS Y BENEFICIOS

- Indemnización por Muerte por Enfermedad o Accidente.
- Indemnización Adicional en caso de Muerte por Accidente.
- Enfermedades graves, con capital asegurado equivalente al 25% del capital asegurado de la cobertura de muerte.

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.

Premio Mensual: \$

Capital Asegurado: \$

(*) corresponde a la Cobertura de Muerte por Enfermedad o Accidente.

Resultará aplicable a este Seguro de Vida Individual la Cláusula de Incremento Automático de Sumas Aseguradas. La suma asegurada de la coberturas básica y de las cláusulas adicionales como así también la prima correspondiente serán incrementadas con una periodicidad anual. El incremento se realizará en base a la variación del "Coeficiente de Estabilización de Referencia" ("CER") publicado por el Ministerio de Economía.

REQUISITOS PARA CONTRATAR EL SEGURO

EDAD	SUMAS ASEGURADAS		
	HASTA 2.000.000	DESDE 2.000.001 HASTA 4.000.000	DESDE 4.000.001 HASTA 6.500.000
HASTA 40 AÑOS	SR	DSA	EM
ENTRE 41 Y 60 AÑOS	SR	DSA	EM + L + AO
MÁS DE 60 AÑOS	DSA	EM	EM + L + AO + ECG

SR: Sin requisitos **EM:** Examen médico **L:** Química sanguínea
DSA: Declaración de salud amplia **ECG:** Electrocardiograma **AO:** Análisis de orina completo

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

Corresponde al Asegurado Titular o, en caso de su fallecimiento, a sus Herederos Legales. Tenés el derecho de designar tus beneficiarios en la cobertura que estás contratando. En caso de no hacerlo o si la designación fuera errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, tenés derecho a efectuar o modificar dicha designación en cualquier momento llamando al 0-800-555-9998, o por escrito sin ninguna otra formalidad.

EDADES LÍMITES

La edad límite de ingreso se extenderá hasta los 64 años del Asegurado más 364 días.

La edad límite de permanencia se extenderá hasta los 69 años del Asegurado más 365 días.

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio:

Solicitud N°:

PRINCIPALES RIESGOS NO CUBIERTOS

La Compañía no abonará la indemnización cuando el fallecimiento del Asegurado se produzca como consecuencia de alguna de las siguientes causas:

- a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años como mínimo;
- b) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte;
- c) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia;
- d) Muerte producida por riesgo catastrófico, entendiéndose por tales terremoto, inundación, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas y huracanes;
- e) Como consecuencia de heridas autoinfligidas por el asegurado, aún las cometidas en estado de insanía.

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. 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.

Con la firma de ésta solicitud, autorizo expresamente a Galicia Seguros S.A.U. a requerirme aquellos antecedentes, informes clínicos y declaraciones juradas de salud que fueran conducentes para llevar a cabo el análisis de suscripción y riesgo correspondiente. Se deja constancia que en caso de que la contratación estuviere sujeta a la aceptación de los documentos mencionados en el punto anterior por parte de Galicia Seguros S.A.U., la póliza quedará pendiente de emisión y la cobertura no iniciará hasta tanto se produzca la aprobación expresa de Galicia Seguros S.A.U., 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, según Proveído N° 83.215, de fecha 6/09/1996.

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio:

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

La sumatoria de los porcentajes de los beneficiarios deberá ser del 100%.

Apellido y Nombres	Fecha de Nacimiento	Relación	D.N.I.	% de Beneficio
--------------------	---------------------	----------	--------	----------------

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio: