

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 para Mascotas, aquellos perros y gatos destinados única y exclusivamente a compañía o vigilancia.

BENEFICIO**El monto de la indemnización estará definido:**

- en caso de Muerte por Accidente de la Mascota, hasta \$
- en caso de Muerte por Enfermedad de la Mascota, hasta \$
- en caso de Robo de la Mascota, hasta \$
- en caso de Gastos Veterinarios por Accidente de la Mascota, hasta \$
- en caso de Gastos de Sacrificio por Enfermedad, Accidente o Vejez de la Mascota, hasta \$
- en caso de Gastos por Extravío de la Mascota, hasta \$
- en caso de Responsabilidad Civil por la tenencia de animales domésticos, hasta \$

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

Los sellados aplicarán según la jurisdicción correspondiente.

MASCOTA

Nombre de la Mascota:

Tipo de Mascota:

Raza:

Edad de la Mascota:

ACLARACIONES

- Cantidad Máxima de Eventos Cubiertos: 1 (un) evento por año póliza.
- Ámbito de Cobertura: República Argentina.

PRINCIPALES RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de la presente Cobertura, adicionalmente a lo dispuesta en las Condiciones Generales:

- Maltrato o descuido graves producidos dolosamente o con culpa grave del Asegurado, especialmente si no recurrió a asistencia veterinaria, excepto que su conducta no haya influido en la producción del siniestro ni sobre la medida de la prestación del Asegurador (Art. 105 - L. de S.).
- Intoxicación producida por estimulantes (doping), cualquiera sea la forma en que le sean suministrados;
- Intervención quirúrgica realizada sin consentimiento del Asegurador, salvo que por urgencia respaldada en informe de un veterinario no fuera posible solicitar o esperar la autorización y siempre que la intervención sea hecha por un veterinario matriculado. Se entenderá acordada esa autorización si el Asegurador no notifica su oposición dentro de los siete días de haber sido notificado;
- Parto distócico o cesárea.
- Complejo dilatación/torsión gástrica.
- El transporte o en ocasión del mismo, salvo lo dispuesto en la Cláusula 2.
- Encontrarse el animal sin la atención o cuidado del Asegurado o sus dependientes;
- Venganza del personal dependiente del Asegurado encargado del cuidado del animal.

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO**En todos los casos:**

- Formulario de denuncia completo incluyendo descripción detallada del hecho.
- Libreta sanitaria (constancia de vacunas de la mascota).

Muerte de la Mascota

- Informe emitido por veterinario habilitado indicando las causas de la muerte.
- Historia clínica de la mascota asegurada emitida por veterinario habilitado.

Robo de la Mascota

- Denuncia Policial.
- Documentación que respalde la tenencia de la mascota (foto JPG/JPEGs de la mascota acompañada por sus dueños).

Gastos Veterinarios por Accidente de la Mascota

- Informe emitido por veterinario habilitado indicando diagnóstico y tratamiento.
- Facturas de gastos veterinarios asociados a la cobertura.

Gastos de Sacrificio por Enfermedad, Accidente o Vejez de la Mascota

- Informe emitido por veterinario habilitado indicando diagnóstico y autorización para proceder al sacrificio.
- Facturas de gastos veterinarios asociados a la cobertura.

Gastos por Extravío de la Mascota

- Factura de gastos de publicación de aviso en medios de comunicación.
- Factura de gastos por el traslado de la mascota desde el lugar de su aparición hasta el domicilio indicado en el Frente de Póliza.

Responsabilidad Civil por la tenencia de animales domésticos

- Denuncia policial
- Reclamo formal del Tercero involucrado, incluyendo sus datos personales y de contacto.
- Facturas de gastos incurridos por el Tercero en relación al siniestro.

DENUNCIA DE SINIESTRO

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

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

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio:

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° 123.706, de fecha 05/10/2016.