

**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**

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

Los sellados aplicarán según la jurisdicción correspondiente.

**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 78 años del Asegurado más 364 días.  
La edad límite de permanencia se extenderá hasta los 79 años del Asegurado más 365 días.

**PRINCIPALES RIESGOS NO CUBIERTOS**

Se deja constancia que este seguro no cubre el fallecimiento accidental del asegurado si se produce como consecuencia del desempeño de las siguientes actividades: trabajos relacionados con electricidad y alta tensión; trabajos en altura; trabajos que impliquen la manipulación de sierras mecánicas, sustancias explosivas, químicas o radioactivas; trabajos relacionados con la construcción o demolición. Además no se encuentran amparados quienes en el momento del accidente desempeñen funciones como: personal de custodia, seguridad privada, portacaudales; miembros de las fuerzas armadas; choferes de taxis, camiones, buses o remises; conductor de motocicletas; personal embarcado y pilotos de aeronaves.

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:



## 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.

**Incremento Anual del Capital Asegurado:** Autorizo a Galicia Seguros S.A.U. a actualizar anualmente el capital asegurado y el premio en función a la variación del salario mínimo, vital y móvil, según lo estipulado en la Cláusula 1006 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](http://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](mailto:denuncias@ssn.gob.ar) o vía Internet a la siguiente dirección: [www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn).

Esta solicitud ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación, según Proveído N°115.559 de fecha 27/12/2011.

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: