

Solicitud N°: **DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR****Domicilio:****DATOS DEL ASEGURADO**

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.

DOMICILIOS A ASEGURAR

		Solicitud N°:	
Nombre del comercio:		IBB:	
Rubro:		Metros cuadrados:	
Domicilio:		CP:	
Inspección previa:			
Coberturas:			
Medidas de seguridad declaradas:		Costo mensual:	

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio:

Solicitud N°: Solicitud N°: **Nombre del comercio:****Rubro:****Domicilio:****Inspección previa:****IBB:****Metros cuadrados:****CP:****Coberturas:****Medidas de seguridad declaradas:****Costo mensual:****Precio Total:**

Los sellados aplicarán según la jurisdicción correspondiente.

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio:

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

FRANQUICIAS

1. RC Comprensiva: 10% de cada siniestro, con un porcentaje mínimo 1% y máximo 5% de la suma asegurada al momento del siniestro, por cada evento. 2. Falta de frío : Primeras 12 horas. 3. RC linderos: 10% De cada siniestro, con un mínimo de 1% y un máximo del 5 % de la suma asegurada al momento del siniestro, por cada evento

Declaro bajo juramento que el comercio a asegurar cumple con los siguientes requisitos y medidas mínimas de seguridad:

- a) Las puertas de acceso contienen cerradura tipo "doble paleta" o "bidimensional".
- b) Todas las aberturas están protegidas con rejas de hierro (fijas o desmontables) o barrotes o cortinas metálicas.
- c) Todas las cortinas metálicas que tienen puertas de escape cuentan con cerradura "doble paleta" y con trabas al piso, guías o paredes laterales, con candados si son externas. Las cortinas de accionamiento eléctrico se exceptúan del requerimiento del candado si el tamaño lo justifica.
- d) Todas las paredes exteriores del riesgo son de construcción sólida - mampostería, ladrillo y/u hormigón- y sus techos son de losa o metálicos, con claraboyas bien protegidas.
- e) La construcción del edificio es de material incombustible.
- f) La antigüedad del edificio no supera los 75 años.
- g) La propiedad cuenta con matafuegos adecuados en cada planta.
- h) La propiedad no se ubica en zonas de alto riesgo, ni linda con terrenos baldíos, obra en construcción, edificio abandonado.

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.

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.

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 operativa 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 la 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 103732 de fecha 03/05/06.

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio:

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