

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 por Robo en Vía Pública el bien objeto de este seguro: celular bajo titularidad del asegurado.

## BENEFICIO

Suma Asegurada hasta \$

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

*Los sellados aplicarán según la jurisdicción correspondiente.*

## BIEN ASEGURADO

Marca:

Modelo:

IMEI (12 dígitos):

## FRANQUICIA

El asegurado participará en el siniestro con un importe equivalente al 10% de la suma asegurada.

- Cantidad Máxima de Eventos Anuales: 1 (uno) por asegurado.
- Ámbito de Cobertura: República Argentina.

## PRINCIPALES RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de la presente cobertura, adicionalmente a lo dispuesto en Condiciones Generales:

- El hurto entendiéndose por éste como el apoderamiento ilegítimo de bienes sin fuerza en las cosas ni intimidación o violencia en las personas.
- Simples pérdidas o extravíos.
- Hechos causados directa o indirectamente por la mala fe del Asegurado, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria.
- Consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.

## DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

- fotocopia de su documento de identidad, constancia de su tramitación o constancia de haber denunciado su pérdida como consecuencia del mismo hecho que se denuncia,
- original o copia de denuncia presentada ante las autoridades policiales o judiciales competentes,
- original o copia de documentación de preexistencia (factura de compra, manual, fotos, etc.),
- original o copia de la factura mensual de prestación del servicio o solicitud de alta de la línea telefónica.

En caso de que la compañía lo solicitase, el asegurado deberá concurrir a una entrevista para declarar sobre los hechos acontecidos.

## DENUNCIA DE SINIESTRO

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

## FORMA DE PAGO DEL SEGURO / CONFORMIDAD

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institorio:

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](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 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/politicaprivacidadprotecciondatospersonales>.

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° 117.376, de fecha 06/02/2013.

Solicitada en,

Compañía Emisora:

Agente Institutorio: