

Solicitud Individual de Cobertura - Seguro Colectivo de Sepelio

ARTÍCULO 5º, PRIMER PÁRRAFO, DE LA LEY 17.418 "TODA DECLARACIÓN FALSA O TODA RETICENCIA DE CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO, AÚN HECHAS DE BUENA FE, QUE A JUICIO DE PERITOS HUBIESE IMPEDIDO EL CONTRATO O MODIFICADO SUS CONDICIONES SI EL ASEGURADOR HUBIESE SIDO CERCIORADO DEL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, HACE NULO EL CONTRATO."

EXCLUSIÓN DE OTROS SEGUROS: QUEDA EXPRESAMENTE ESTIPULADO QUE NINGUNA PERSONA ASEGURADA BAJO ESTA PÓLIZA PODRÁ ESTAR INCORPORADA O INCORPORARSE EN EL FUTURO A OTRO SEGURO DE SEPELIO, INDIVIDUAL O COLECTIVO, CONTRATADO CON EL ASEGURADOR U OTRA ENTIDAD ASEGURADORA. EN CASO DE TRANSGRESIÓN A LO EXPUESTO PRECEDENTEMENTE Y EN CASO DE PRODUCIRSE EL EVENTO CUBIERTO CADA ASEGURADOR CONTRIBUIRÁ PROPORCIONALMENTE AL MONTO DE SU CONTRATO.

IMPORTANTE: "LAS ACCIONES FUNDADAS EN EL CONTRATO DE SEGURO PRESCRIBEN EN EL PLAZO DE UN (1) AÑO, COMPUTADO DESDE QUE LA CORRESPONDIENTE OBLIGACIÓN ES EXIGIBLE, (...) EN EL SEGURO DE VIDA, EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN PARA EL BENEFICIARIO SE COMPUTA DESDE QUE CONOCE LA EXISTENCIA DEL BENEFICIO, PERO EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ DE TRES (3) AÑOS DESDE EL SINIESTRO. (ART. 58 LEY 17.418)"

SOLICITO SER INCLUIDO EN EL PLAN DE SEGURO COLECTIVO DE SEPELIO - COBERTURA PRESTACIONAL / REINTEGRO DE GASTOS DE SEPELIO (SEGÚN CORRESPONDA) POR LA SUMA QUE TENGA O PUEDA TENER DERECHO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES CONVENIDAS CON GGAL SEGUROS S.A. A QUIEN ME COMPROMETO A ABONAR EL PREMIO CORRESPONDIENTE, DE CORRESPONDER. LAS CONDICIONES DEL SEGURO SON LAS ESTIPULADAS EN LA PÓLIZA QUE OBRA EN PODER DEL CONTRATANTE, Y QUE SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO.

1. DATOS DEL TOMADOR

Nombre o Razón Social: _____
 Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
 CP: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____ - _____ Email: _____
 Condición ante el IVA: Resp. Insc. Resp. No Insc. Cons. Final Ag. Retención Ag. Percepción Exento
 Actividad: _____ CUIL CUIT Nro.: _____ - _____ - _____

2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres: _____
 Documento Tipo: DNI LE LC PAS Nro.: _____
 CUIT CUIL Nro.: _____ - _____ - _____ Condición IVA: _____
 Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____
 Estado Civil: S C D V Género: F M Lugar de Nacimiento: _____
 Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
 CP: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____ - _____ Email: _____

DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES, SOLICITO LA INCLUSIÓN DEL GRUPO FAMILIAR QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN:

3. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO CON EL ASEGURADO TITULAR	TIPO Y N° DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO

COBERTURAS SOLICITADAS (DEBERÁ FIGURAR SÓLO LA OPCIÓN SELECCIONADA) | PRESTACIONAL / REINTEGRO (TACHARLO QUE NO CORRESPONDA)

ENTREGA POR MEDIOS ELECTRÓNICOS.

AUTORIZO A LA ASEGURADORA A ENVIAR INFORMACIÓN DE LOS PRODUCTOS CONTRATADOS Y DE INTERÉS DE LA COMPAÑÍA A LA DIRECCIÓN DE CORREO INDICADA EN EL PUNTO 2. EN CASO DE QUE LA SOLICITUD RESULTE APROBADA Y QUE HAYA ACEPTADO RECIBIR POR MEDIO ELECTRÓNICO CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE LA ASEGURADORA DEBA ENVIARME EN VIRTUD DE LA PÓLIZA, SERÁN ENVIADAS A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO INDICADA. ASIMISMO, CUALQUIER CAMBIO DE CORREO ELECTRÓNICO, DEBERÁ SER COMUNICADO POR MI PARTE A LA ASEGURADORA.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

POR MEDIO DE LA PRESENTE EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES PRESTA ABSOLUTA CONFORMIDAD Y AUTORIZA EXPRESAMENTE A LA ASEGURADORA A:

A) CONSULTAR, UTILIZAR, SUMINISTRAR O TRANSFERIR A TERCEROS LA

INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA PRESENTE SOLICITUD, EN VIRTUD DEL CUMPLIMIENTO DE UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUSCRITO POR LA ASEGURADORA.

- B) TRANSFERIR A EMPRESAS VINCULADAS O NO AL GRUPO FINANCIERO GALICIA, RADICADAS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA O EN EL EXTERIOR, TUS DATOS PERSONALES, YA SEA PARA FINES DE EVALUACIÓN CREDITICIA, OPERATIVOS, DE ALMACENAMIENTO DE DATOS O DE OFERTA DE SERVICIOS Y PRODUCTOS DE LAS EMPRESAS DEL GRUPO FINANCIERO GALICIA.
- C) TRANSFERIR TUS DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS CONTRATADOS, CUANDO ESTOS SEAN REQUERIDOS POR AUTORIDADES IMPOSITIVAS Y/O FISCALES NACIONALES O EXTRANJERAS RADICADAS FUERA DEL PAÍS, DEBIDAMENTE FACULTADAS PARA ELLO. EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES PUEDE REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO.

Si sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Gala** por **WhatsApp** (+54 9 11 4439 8558)

Si no sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Laia** por **WhatsApp** (+54 9 11 3254 8281)

GGAL Seguros S.A. Casa Central: Tte. Gral. J. D. Perón 430, Piso 7, C.A.B.A. (C1038AAJ) | CUIT: 30-66322131-7
 Centro de Atención al Cliente: 0800-555-9998 | contactanos@galiciaseguros.com.ar | www.galiciaseguros.com.ar

EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR EL ART. 6 DE LA LEY 25.326, SE INFORMA QUE TUS DATOS ESTÁN SIENDO RECABADOS CON LOS SIGUIENTES FINES: PARA COTIZAR TU SEGURO Y, DE SER ACEPTADA LA PROPUESTA, PARA EMITIR UNA PÓLIZA Y PARA TODO AQUELLO QUE SEA NECESARIO PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVA VIGENTE EN MATERIA DE DERECHO DE SEGUROS. ASIMISMO, TE INFORMAMOS QUE TUS DATOS FORMARÁN PARTE DE UN BANCO DE DATOS ELECTRÓNICOS CUYO TITULAR ES GGAL SEGUROS S.A. (TTE. GRAL. J. D. PERÓN 430, PISO 7, C.A.B.A.). LOS DATOS AQUÍ SOLICITADOS SON OBLIGATORIOS CON EL FIN DE PODER COTIZAR CORRECTAMENTE TU SEGURO Y SE CONSIDERA QUE LOS MISMOS SON EXACTOS Y VERACES. ADEMÁS, SE TE INFORMA DE LA

FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A TUS DATOS PERSONALES EN FORMA GRATUITA EN INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE ACREDITES UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO, Y ASIMISMO QUE TENÉS DERECHO, DE SER PROCEDENTE, A RECTIFICAR Y/O SUPRIMIR DICHOS DATOS (ARTS. 14, 15 Y 16 DE LA LEY N° 25.326).

RESOLUCIÓN AAIP 14/2018: "LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, EN SU CARÁCTER DE ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY N° 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".

IMPORTANTE: PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO: EL ASEGURADO ASUME LA CARGA DE APORTAR LOS DATOS Y DOCUMENTOS QUE LE SEAN REQUERIDOS POR LA ASEGURADORA EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO POR LAS NORMAS VIGENTES EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DE TERRORISMO. CASO CONTRARIO, LA ASEGURADORA DARÁ CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES UIF VIGENTES EN LA MATERIA.

SELLO Y FIRMA DEL TOMADOR:	FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR SOLICITANTE:	LUGAR: FECHA: / /
----------------------------	--	----------------------------

ESTA SOLICITUD SERÁ CUMPLIMENTADA POR DUPLICADO, QUEDANDO EL DUPLICADO EN PODER DEL TOMADOR COMO CONSTANCIA.

RECORDÁ QUE PODÉS SOLICITAR EN NUESTRA PÁGINA WEB O ESCRIBIÉNDONOS A CONTACTANOS@GALICIASEGUROS.COM.AR UNA COPIA DE LA PÓLIZA O CERTIFICADO DE INCORPORACIÓN DE LOS SEGUROS QUE TENGAS CONTRATADOS.

Si sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Gala** por **WhatsApp** (+54 9 11 4439 8558)
Si no sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Laia** por **WhatsApp** (+54 9 11 3254 8281)