Galicia Más
Seguros

NRO. SOLICITUD:

Solicitud Individual de Cobertura - Seguro Colectivo de Sepelio

ARTÍCULO 5° 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 GALICIA MÁS SEGUROS DE PERSONAS 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 Nº DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO
		DNI	
		DNI	
		DNI	
		DNI	
		DNI	
		DNI	

COBERTURAS SOLICITADAS *(DEBERÁ FIGURAR SÓLO LA OPCIÓN SELECCIONADA)*	PRESTACIONAL / REINTEGRO *(TACHAR LO 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 SUSCRIPTO POR LA ASEGURADORA.
B) TRANSFERIR A EMPRESAS VINCULADAS O NO AL GRUPO FINANCIERO GALICIA, RADICADAS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA O EN EL EXTERIOR, SUS 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 SUS 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.

EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO POR EL ART. 6 DE LA LEY 25.326, SE INFORMA QUE SUS DATOS ESTÁN SIENDO RECABADOS CON LOS SIGUIENTES FINES: PARA COTIZAR SU 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, LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS FORMARÁN PARTE DE UN BANCO DE DATOS ELECTRÓNICOS CUYO TITULAR ES GALICIA MÁS SEGUROS DE PERSONAS S.A. (BOUCHARD 557, PISO 20°, C.A.B.A.). LOS DATOS AQUÍ SOLICITADOS SON OBLIGATORIOS CON EL FIN DE PODER COTIZAR CORRECTAMENTE SU SEGURO Y SE CONSIDERA QUE LOS MISMOS SON EXACTOS Y VERACES. ADEMÁS, SE LE INFORMA DE LA FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A SUS DATOS PERSONALES EN FORMA GRATUITA EN INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO, Y ASIMISMO QUE TIENE 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 Nº 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.

RECUERDE QUE TIENE DISPONIBLE SU CERTIFICADO DE INCORPORACIÓN DE LOS SEGUROS QUE TENGA CONTRATADOS CON GALICIA MÁS EN LA PÁGINA WEB DE GALICIA MÁS SEGUROS: HTTPS://WWW.SEGUROSONLINE.GALICIAMAS.COM.AR O BIEN PUEDE SOLICITARLO EN PAPEL COMUNICÁNDOSE CON LA COMPAÑÍA MEDIANTE EL CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: 0800-333-0003 | CONTACTANOS@GALICIAMAS.COM.AR

Galicia Más Seguros de Personas S.A. (anteriormente denominada HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A.), cuyo cambio de denominación se encuentra en trámite de aprobación ante la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Casa Central: Hipólito Bouchard 557, Piso 20, (C1106ABG), CABA | CUIT: 30-66322131-7
Centro de Atención al Cliente: 0800-333-0003 | contactanos@galiciamas.com.ar | www.galiciamas.com.ar