

DENUNCIA DE SINIESTRO

Robo de efectos personales

Número de Póliza: _____ Número de Certificado (si corresponde): _____

Datos del Asegurado:

Apellido y Nombres: _____

D.N.I. Nº _____ Sexo M F Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Particular: Calle _____ Nº _____ Piso ____ Depto. ____

C.P. _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono Particular _____ Teléfono móvil: _____

E-mail: _____ Actividad laboral: _____

Datos del Siniestro:

Solicito la indemnización en calidad de (marcar según corresponda): Titular Apoderado(*) Heredero Legal

(*) Debe aportar copia del poder que lo habilita

Fecha de robo: _____ Horario de Robo: _____

Lugar del robo: _____ Localidad: _____

Estimación del robo: \$ _____

Elementos personales sustraídos en el siniestro:	Valor estimado:

Detalle de cómo ocurrió el robo:

Esta comunicación deberá ser acompañada de **copia de la Denuncia Policial, fotocopia de Documento de Identidad (DNI) o constancia de su tramitación o constancia de haber denunciado su pérdida como consecuencia del mismo hecho que se denuncia, copia de factura de compra del bien afectado u otro elemento que acredite la preexistencia del bien afectado.** Esta Aseguradora se reserva el derecho de solicitar el original de la documentación enunciada. La recepción de este formulario no implica aceptación por parte del Asegurador.

Dejo expresa constancia de que autorizo a **CNP Assurances Compañía de Seguros S.A.** a enviar cualquier documentación y/o notificación con respecto a la Póliza y siniestros vinculados a la misma, a la casilla de correo electrónico denunciada precedentemente. A tal efecto, declaro que las notificaciones cursadas a dicho correo electrónico, surtirán los mismos efectos que aquellas cursadas al domicilio declarado (conforme a lo dispuesto por el art. 16 de la Ley de Seguros), por lo que mi parte renuncia expresamente a formular cualquier reclamo vinculado a la validez de las sucesivas notificaciones. A tales efectos, se considerará como fecha de notificación, la fecha de envío del correo pertinente.

En los términos del artículo 6º de la ley Nº 25.326 autorizo a **CNP** a archivar mis datos personales incluidos en la presente solicitud en su base de datos, y/o a contactarme con fines publicitarios, y/o a ceder dichos datos en forma onerosa o gratuita a terceras personas a los efectos de que éstas me contacten con fines promocionales y para que **CNP** y/o terceros a quien éste les haya transferido mis datos remitan periódicamente a mi domicilio y/o correo electrónico información relativa a promociones, ofertas, marketing y/o cualquier tipo de información comercial o publicidad de **CNP** o de terceros.

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 art. 14, inc. 3 de la Ley Nº 25.326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. [SÓLO EN SEGURO CON CAPITALIZACION: Asimismo, tomo conocimiento que en virtud de artículo 2 apartado 5º de la mencionada Ley **CNP se encuentra legalmente autorizada al tratamiento de los datos personales brindados para el cumplimiento de una obligación legal.]**

Autorizo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. ("CNP") a solicitar cualquier tipo de información relacionada con este formulario. Tomo conocimiento que CNP se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para dar cumplimiento a las normas legales, y las relacionadas con el lavado de dinero. Declaro bajo juramento que los efectos personales denunciados en la operatoria relacionada con el presente seguro provienen de actividades lícitas relacionadas con mi actividad declarada.

A su vez, declaro bajo juramento que **SI / NO** me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que he leído. En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo:

Además, asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida. Asimismo, declaro que SÍ/NO soy sujeto obligado en los términos de la normativa vigente en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y, en caso afirmativo, que cumplo con las disposiciones legales vigentes.

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma del denunciante

Aclaración de firma

DNI N°