

DENUNCIA DE SINIESTRO

Pérdida de alimentos refrigerados

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

Datos del Asegurado:

Apellido y Nombres: _____

D.N.I. N° _____ Sexo M F Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Particular: Calle _____ N° _____ 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(*)

(*) Debe aportar copia del poder que lo habilita

Fecha de siniestro _____ Hora de comienzo del corte del suministro eléctrico _____

Hora de normalización del servicio _____ ¿Era un corte programado? SI NO

Domicilio dónde ocurrió el corte de suministro _____ Localidad: _____

Estimación de la pérdida: \$ _____

Alimentos afectados	Valor estimado:

Se deberán conservar los restos y vestigios de los alimentos afectados para la actuación pericial, y en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños tales como fotografías, actas notariales, videos, o certificados oficiales.

Esta comunicación deberá ser acompañada de Certificado expedido por la entidad suministradora del servicio eléctrico, en el cual se especifique domicilio afectado, fecha y horarios en los cuales no hubo servicio, y motivo por el cual el servicio no fue brindado; Fotocopia del documento de identidad (DNI) del titular del seguro; Fotocopia de los ticket de compra de los alimentos afectados o en su defecto, fotos de los productos dañados.

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 6° de la ley N° 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 N° 25.326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley N° 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 5° 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:

Para mayor información sobre esta normativa, puede consultar nuestra página web www.cnp.com.ar o contactarse con nuestro Centro de Atención al Cliente.

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

Firma del denunciante

Aclaración de firma

DNI N°