

**Datos del Asegurado:**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ N° de Póliza \_\_\_\_\_

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(\*)  Heredero Legal

(\*) Debe aportar copia del poder que lo habilita

Fecha de robo: \_\_\_\_\_ Horario de Robo: \_\_\_\_\_

Lugar del robo: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Marca del celular: \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Compañía telefónica: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la línea: \_\_\_\_\_ D.N.I. Titular N° \_\_\_\_\_

Nro. de línea siniestrada: \_\_\_\_\_ Nro. de reclamo ante la Cía. Telefónica: \_\_\_\_\_

Elementos personales sustraídos en el siniestro:	Valor estimado:

**Detalle de cómo ocurrió el robo:** \_\_\_\_\_

Esta comunicación deberá ser acompañada de **Denuncia Policial original, fotocopia de Documento de Identidad (DNI) del Asegurado 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 mismo (manual, fotos, etc) y copia de la factura mensual de prestación del servicio de telefonía celular.** 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.

**Antecedentes de Siniestros – Indicar detalles de anteriores robos que haya denunciado:**

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ Fecha de robo \_\_\_\_\_

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ Fecha de robo \_\_\_\_\_

**Coberturas Vigentes: – Indicar detalles de otras pólizas de cobertura ante robos que posea:**

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ ¿Denunció este mismo evento? SI  NO

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ ¿Denunció este mismo evento? SI  NO

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.

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:

Firmada en, \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del denunciante

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

\_\_\_\_\_  
DNI N°