



**DENUNCIA DE SINIESTRO**  
**Robo de efectos personales**

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(\*)  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.

Autorizo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. ("CNP") a solicitar cualquier tipo de información relacionada con esta solicitud. 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 (Ley 25.246, Resolución 230/2011 UIF y vinculadas), correspondiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados.

Declaro bajo juramento que los fondos que utilizo/utilizaré en la operatoria relacionada con el presente seguro provienen de actividades lícitas relacionadas con mi actividad declarada. A su vez, declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que **SI/NO**<sup>1</sup> 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, mediante la presentación de una nueva declaración jurada. Asimismo, declaro que **SI/NO**<sup>1</sup> 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.

Para mayor información sobre esta normativa, puede consultar nuestra página web [www.cnp.com.ar](http://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°