



DENUNCIA DE SINIESTRO - Robo – Daño accidental de Equipos Electrónicos Portátiles

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(*)** **Herederero Legal**

(*) Debe aportar copia del poder que lo habilita

Tipo de siniestro (marcar según corresponda): **Robo** **Daño**

Fecha de siniestro: _____ Horario de siniestro: _____

Lugar de ocurrencia: _____ Localidad: _____

Marca del celular: _____ Modelo _____

N° de Identificación del Equipo celular: _____

Fecha de compra: _____

Nro. de línea siniestrada: _____ Nro. de reclamo ante la Cía. Telefónica: _____

Detalle de ocurrencia de siniestro: _____

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)**. 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 siniestros que haya denunciado:

Compañía Aseguradora: _____ Fecha de siniestro _____

Compañía Aseguradora: _____ Fecha de siniestro _____

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

Compañía Aseguradora: _____ ¿Denunció este mismo evento? SI NO

Compañía Aseguradora: _____ ¿Denunció este mismo evento? SI NO

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**¹ 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**¹ soy **sujeito 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 o contactarse con nuestro Centro de Atención al Cliente.

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

Firma del denunciante

Aclaración de firma

DNI N°