

## FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS Compra Protegida

El presente formulario debe ser completado en su totalidad y sin omitir contestación alguna.

Póliza N° \_\_\_\_\_ Vigencia desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ASEGURADO

- Nombres y apellidos completos: .....
- Domicilio: Calle.....Nº:.....Piso:.....  
Dpto:.....C.P.....Localidad:.....Provincia:.....
- Teléfono particular: .....Teléfono Laboral: .....
- Fecha de nacimiento: ...../...../.....Lugar de nacimiento: .....
- Documento Identidad Tipo: ..... Nº: ..... CUIL/CUIT/CDI Nº .....
- Estado Civil: ..... Ocupación / Profesión: .....
- Nacionalidad: ..... Sexo: .....
- Correo electrónico: .....

### DETALLE DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia del Siniestro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Cobertura afectada (marcar con una cruz) Daño Material  Robo  Gtia de precio mínimo

Cómo se descubrió y por quién: \_\_\_\_\_

Detalle cómo ocurrió el evento: \_\_\_\_\_

Otros Comentarios que puedan resultar de interés: \_\_\_\_\_

Descripción de los Bienes (Artículo, Marca, Modelo, Nro de Serie, etc) y Pérdidas Reclamados	Valor Reclamado

Medio de pago con que realizó la compra: \_\_\_\_\_ Fecha de compra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Ha tenido usted siniestros anteriores por los cuales realizó denuncias a esta u otras Compañías?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras coberturas vigentes sobre hogar/objetos específicos: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:**

Este formulario deberá ser entregado al Asegurador inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho. La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad del Asegurador.

Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros N° 17.418.

**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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma del Asegurado**

**Lugar y fecha**