



DENUNCIA DE SINIESTRO - Robo de celular

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

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** 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** 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 o contactarse con nuestro Centro de Atención al Cliente.

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

Firma del denunciante

Aclaración de firma

DNI N°