

FORMULARIO DENUNCIA DE SINIESTRO

SEGURO DE ROBO DE CELULAR EN VIA PÚBLICA - BOLSO PROTEGIDO

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA

PÓLIZA N°

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellido ▶ _____ DNI ▶ _____
Domicilio ▶ _____
Teléfono ▶ (____) _____ E-mail ▶ _____

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Lugar exacto del robo ▶ _____
Localidad ▶ _____ Fecha ▶ _____ Hora ▶ _____

Describa cómo fue la maniobra del/los agresor/es y especifique dónde se encontraba el aparato al momento de su sustracción):

¿Usted se encontraba sólo o acompañado? SI NO ¿En caso afirmativo, identifique el/los acompañantes (Nombre completo, DNI, domicilio y teléfono) ▶ _____

Testigos del hecho: consigne nombre completo, DNI, teléfono y domicilio de cada uno ▶ _____

Describa con el mayor detalle que usted recuerde la fisonomía y características físicas del/los agresor/es ▶ _____

Fecha en que realizó la denuncia policial ▶ _____ **Acompañe copia del Acta respectiva.**

INFORMACIÓN DE LOS BIENES ASEGURADOS

Detalle los objetos que le fueron robados. En caso de celular y/o producto electrónico, especifique tipo, marca, modelo y serie (acompañe factura de compra) ▶ _____

Asimismo el Asegurado deberá acompañar junto al presente Formulario:

- Denuncia Policial, en original y copia.
- Fotocopia de su Documento de Identidad, constancia de su tramitación o constancia de haber denunciado su pérdida como consecuencia del mismo hecho que se denuncia.
- Factura de Compra del bien afectado, en original y copia.

Toda otra información de interés sobre la modalidad, alcance o circunstancias del siniestro ▶ _____

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

Mes	Año	Compañía	Tipo de siniestro	Indemnización	Motivo de rechazo
-----	-----	----------	-------------------	---------------	-------------------

¿Tiene usted contratado otro seguro para el mismo equipo? Indique tipo de cobertura y compañía aseguradora _____

PAGO DE SINIESTRO: En caso de corresponder, ¿Desearía que se acreditara la indemnización (el titular de la póliza debe ser el mismo titular de la cuenta informada)

Banco ▶ _____ CA Cta Cte N° cuenta ▶ _____ CBU ▶ _____

Te mantendremos al tanto del estado de tu siniestro vía e-mails ¿Te interesa que además nos comuniquemos a tu teléfono? SI NO

IMPORTANTE: Por favor complete este Formulario, firmelo y envíelo junto con la documentación complementaria por mail a telefonoprotegido@confiarseguros.com.ar y los originales a nuestra dirección sita en Av. Alicia Moreau de Justo 1120, 2° Piso, Of. 202 A, (C1107AAX) CABA. Envíe también la documentación complementaria.

Autorizo a Confiar Compañía de Seguros S.A. a solicitar cualquier tipo de información relacionada con esta denuncia. Tomo conocimiento que Confiar Compañía de Seguros S.A. se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para dar cumplimiento a las normas legales, y las relacionadas con la prevención del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo (Ley 25.246, Resolución UIF 202/2015, 104/2016 y complementarias), comprometiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados. Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación de la entidad aseguradora, dirigiéndose a Julio A. Roca 721 (C.P. 1067), Ciudad de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a consultasydenuncias@ssn.gov.ar - Declaro bajo juramento que la información y documentación suministrada es verdadera, completa y auténtica.

Lugar y Fecha ▶ _____ Firma _____ Aclaración _____

Confiar Compañía de Seguros S.A.

Av. Alicia Moreau de Justo 1120 2° piso Of 202 A | CPA C1107AAX | Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tel: (011) 5218 1252 - 5218 1253 | e-mail: info@confiarseguros.com.ar | www.confiableguros.com.ar