

# FORMULARIO DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE ROBO DE CELULAR EN VIA PÚBLICA



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 ▶ \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

¿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 ▶ \_\_\_\_\_

Describe 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 DEL BIEN ASEGURADO

Marca del teléfono ▶ \_\_\_\_\_ Modelo ▶ \_\_\_\_\_ N° Serie ▶ \_\_\_\_\_ Color ▶ \_\_\_\_\_

Asimismo el Asegurado deberá acompañar junto al presente Formulario:

- a. Denuncia Policial, en original y copia.
- b. 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.
- c. 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 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 clientes@experta.com.ar y los originales a nuestra dirección sita en Arcos 3631, (C1429AZQ) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Envíe también la documentación complementaria. Autorizo a EXPERTA Seguros S.A.U. a solicitar cualquier tipo de información relacionada con esta denuncia. Tomo conocimiento que EXPERTA Seguros S.A.U. 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.gob.ar - Declaro bajo juramento que la información y documentación suministrada es verdad era, completa y auténtica.

Lugar y Fecha ▶ \_\_\_\_\_

Firma

Aclaración