

Denuncia de siniestro Seguro de robo en cajero

Todas las preguntas deben ser contestadas en forma clara y completa, no se deberá omitir ninguna.

Datos del asegurado

Nombre y Apellido: Documento: LE LC DNI N°
 Domicilio - Calle: N° Piso: Depto.: Torre:
 Localidad: Provincia: Mail:
 Fecha de nacimiento:/...../..... Número de teléfono:

Datos del siniestro

Fecha y hora de ocurrencia del siniestro:/...../..... a las:..... hs.
Lugar de la ocurrencia: Calle: N° altura / intersección:
 Localidad: Provincia:
Dirección del cajero automático donde realizó la última extracción:
 Monto extraído \$ Monto sustraído \$ Banco: Sucursal:

Detallar en el mapa el nombre de las calles, la ubicación de la sucursal y el lugar del siniestro:

Relato de lo sucedido:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datos de la tarjeta

Entidad emisora: N° de tarjeta/cuenta:

Datos del seguro (En caso de no conocer éstos datos, serán completados por personal de la Cía.)

Fecha de ingreso al seguro:/...../..... Póliza N°: Certificado N°:

Datos para el cobro

Calidad bajo la cual cobra: Titular del interés asegurado Beneficiario designado o Heredero Legal

Vínculo con el asegurado o tomador del seguro: _____

Nombre y Apellido del Titular de la Cuenta: _____

Banco / Billetera virtual: CUIT CUIL - - - - -

CBU/CVU (adjuntar constancia): |-----|

Observaciones:

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. Assumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometién dome a la Ley de Seguros Nº 17.418.

IMPORTANTE: En un plazo de 72 hs. de ocurrido el siniestro, el Cliente deberá cumplir indefectiblemente con los siguientes requisitos:

1) Notificar lo sucedido al Banco, efectuando un descargo por escrito en donde debe constar un breve relato de lo acontecido detallando principalmente el monto afectado, el lugar y la fecha de ocurrencia; 2) Efectuar la pertinente denuncia policial y/o penal; 3) Comprobante o resumen de cuenta que acredite la extracción.

La Aseguradora se encuentra facultada a requerir toda la información necesaria para dar cumplimiento a las normas legales, y las relacionadas con el lavado de dinero (Ley 25.246, Resolución 32/2011 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. Asimismo me comprometo a informar a esta Compañía en caso de ser funcionario público (PEP), nacional o extranjero, como también si tuviera algún familiar que revistiera tal carácter; cumpliendo con los requisitos previsto en la Res. 11/2011 de la Unidad de Información Financiera (UIF).

Documentación a presentar:

1. Deberá adjuntar al presente formulario una copia de la correspondiente denuncia policial
2. Comprobante de extracción.
3. Cualquier otra documentación que la compañía considere necesaria.

Lugar:

Fecha |-----| / |-----| / |-----|

Firma y aclaración del denunciante

Envíanos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:
Por mail: denunciasiniestros@supervielleseguros.com
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599
de lunes a viernes de 9 a 21 hs.

