

DENUNCIA DE SINIESTRO

| N° POLIZA | N° REFERENCIA | N° CERTIFICADO | RAMO |
|-----------|---------------|----------------|-----------------------|
| 345194 | 259890 | ----- | RESPONSABILIDAD CIVIL |

| ASEGURADO/APODERADO/HEREDERO | | | |
|--|--|---|----------------|
| Apellido y Nombre: Gobierno de la Ciudad de Bs. As | | Tipo y Nro. de documento: 34-99903208-9 | |
| Calle: Av. Rivadavia | | Nro. 524 | Piso: 2 Dpto.: |
| Localidad: Capital Federal | | Código Postal: 1002 | |
| Provincia: CABA | | Teléfono: 4323-9300 Int. 5805 | |
| Mail: | | | |

| DATOS DEL SINIESTRO | | |
|------------------------|-------|--------|
| Descripción del hecho: | | |
| Fecha: | Hora: | Lugar: |
| Lesiones: | | |

| DATOS DEL TERCERO AFECTADO | | | |
|----------------------------|--|---------------------------|-------------|
| Apellido y Nombre: | | Tipo y Nro. de documento: | |
| Calle: | | Nro: | Piso: Dpto: |
| Localidad: | | Código Postal: | |
| Provincia: | | Teléfono: | |
| Mail: | | | |

| DOCUMENTACION ADJUNTA | | | |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Denuncia Policial | <input type="checkbox"/> Denuncia Bomberos | <input type="checkbox"/> Sumario | <input type="checkbox"/> Informe Técnico |
| <input type="checkbox"/> Constancia de Preexistencias | <input type="checkbox"/> Presupuesto de reparación y/o reposición | <input type="checkbox"/> Fotografías | <input type="checkbox"/> Otros |

Esta comunicación deberá ser acompañada de copia de la Denuncia Policial, fotocopia de Documento de Identidad (DNI) o constancia de su tramitación o constancia de haber denunciado su pérdida como consecuencia del mismo hecho que se denuncia. 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 Asegurado.

Autorizo a Sancor Cooperativa de Seguros Ltda a solicitar cualquier tipo de información relacionada con esta solicitud. Tomo conocimiento que Sancor Cooperativa de Seguros Ltda 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 25.248, Resolución 250/2011 UIF y vinculadas), correspondiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados.

Declaro bajo juramento que los fondos que utilizo/utizaré 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 realidad y que SINCOI 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 ocurrencia, mediante la presentación de una nueva declaración jurada. Asimismo, declaro que SINCOI 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 contactarse con nuestro Centro de Atención al Cliente.

Lugar y Fecha:

.....
Firma del Asegurado

.....
Aclaración