

¿POSEE OTRO SEGURO DE SIMILAR COBERTURA? ☐ SI ☐ NO COMPAÑÍA: _____ PÓLIZA N°: _____

SEÑORES DE BHN SEGUROS GENERALES S.A / BANCO HIPOTECARIO S.A. (SEGÚN CORRESPONDA) SOLICITO SE INICIE EL TRÁMITE POR EL SINIESTRO DENUNCIADO, CUYOS DATOS SE INDICAN EN EL PRESENTE FORMULARIO. DECLARO QUE TODOS LOS DATOS ESPECIFICADOS EN ESTA DENUNCIA SON VERACES Y EXACTOS, RESPONSABILIZÁNDOSE POR CUALQUIER FALSA INFORMACIÓN U OMISIÓN. EN TAL SENTIDO, ME COMPROMETO A INTEGRAR LA INFORMACIÓN ASÍ COMO ACOMPAÑAR LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL REQUERIDA POR BHN SEGUROS GENERALES S.A. Y/O BANCO HIPOTECARIO S.A. (SEGÚN CORRESPONDA), DENTRO DEL PLAZO NOTIFICADO A TAL FIN.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA REQUERIDA:

ROBO EN CAJEROS

* COMPROBANTE DE EXTRACCIÓN O RESUMEN DE CUENTA CON LOS MOVIMIENTOS DE LA CUENTA.

* CERTIFICADO DE DENUNCIA POLICIAL.

ASIMISMO, TOMO CONOCIMIENTO QUE COMO CONSECUENCIA DE ESTA DENUNCIA PODRÉ SER CONTACTADO/A POR UN ESTUDIO LIQUIDADOR DE SINIESTROS, CONFORME LA LEY DE SEGUROS 17.418, PARA VERIFICAR LAS CIRCUNSTANCIAS DEL MISMO Y EL ALCANCE DE LA PRESTACIÓN A CARGO DEL ASEGURADOR, DE CORRESPONDER.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL Y/O REALIZAR LAS INDAGACIONES NECESARIAS, PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO. LA RECEPCIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DEL PRESENTE FORMULARIO NO IMPLICA ACEPTACIÓN Y/O APROBACIÓN DE LIQUIDACIÓN ALGUNA. ASIMISMO, LA PRESENTE DENUNCIA NO SE CONSIDERARÁ FINALIZADA HASTA TANTO LA COMPAÑÍA Y/O EL BANCO RECIBA TODA LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL SOLICITADA.

TOMO CONOCIMIENTO QUE LA ASEGURADORA SE ENCUENTRA FACULTADA PARA REQUERIRME TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DAR CUMPLIMIENTO CON EL RÉGIMEN DE PREVENCIÓN DE LAVADO Y OTRAS ACTIVIDADES ILÍCITAS (LEY 25.246, RESOLUCIONES DE UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA Y DEMÁS RESOLUCIONES QUE RESULTEN APLICABLES), COMPROMETIÉNDOSE A SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS QUE A ESTOS EFECTOS ME FUESEN SOLICITADOS.

“EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES TIENE LA FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A LOS MISMOS EN FORMA GRATUITA A INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE SE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO CONFORME A LOS ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 14, INCISO 3 DE LA LEY N° 25.326”. “LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY N° 25.326, TIENE LA ATRIBUCIÓN DE ATENDER LAS DENUNCIAS Y RECLAMOS QUE SE INTERPONGAN CON RELACIÓN AL INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES”.

EL ABAJO FIRMANTE, DECLARA BAJO JURAMENTO, QUE LA INFORMACIÓN Y DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON CORRECTOS, VERACES Y COMPLETOS, Y QUE NO SE HA OMITIDO NI FALSEADO DATO ALGUNO, SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

LUGAR Y FECHA: _____

<div>_____</div> <div>FIRMA DEL ASEGURADO / DENUNCIANTE</div>	<div>_____</div> <div>NOMBRE/S Y APELLIDO/S COMPLETOS (SIN ABREVIATURAS NI INICIALES)</div>	<div>_____</div> <div>DOCUMENTO: TIPO Y N°</div>
---	---	--

MUY IMPORTANTE UD. PUEDE ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN DE SINIESTROS A CORREO POSTAL APARTADO ESPECIAL N° 90 (C1000WAA) – CORREO CENTRAL O BIEN POR CORREO ELECTRÓNICO A: CONSULTAS@HIPOTECARIOSEGUROS.COM.AR