

## FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS SEGURO DE BICICLETA

El presente formulario debe ser completado en su totalidad y sin omitir contestación alguna.

### DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza N°: \_\_\_\_\_ Rama: \_\_\_\_\_  
Vigencia de la póliza desde el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido/s y Nombres/s del asegurado: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Prefijo telefónico: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Indique con una cruz si está de acuerdo en recibir notificaciones relativas a su siniestro en la casilla de correo informada en el presente formulario.  
Se lo tendrá fehacientemente notificado con cualquier envío realizado por este medio.

### DETALLE DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia del siniestro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_:  
Cobertura afectada: \_\_\_\_\_  
Detalle de como ocurrió el evento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Otros comentarios que puedan resultar de interés: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE:

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. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros N° 17.418.

En los términos del artículo 6 de la ley N° 25.326 informamos que los presentes datos son recolectados función de la propuesta de seguros que por éste se formaliza. 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 lo establecido en el art. 14, inc. 3 de la Ley N° 25.326. El titular de dichos datos podrá, en cualquier momento, solicitar el retiro o bloqueo su nombre de los bancos de datos La AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.

Declaro, en mi nombre: Tomo conocimiento que, en función de la Ley 25.246, de resoluciones de la Unidad de Información Financiera, Modificatorias y Complementarias y demás Resoluciones que resulten aplicables, y en virtud de que "Beneficio S.A. Compañía de Seguros" es sujeto obligado, se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para el cumplimiento de dichas disposiciones, al momento de producirse cualquier pago en virtud de la póliza o cambio de beneficiarios y al producirse la anulación de la cobertura o la ocurrencia de un siniestro. En consecuencia, me comprometo expresamente a colaborar con el suministro de la información que me sea requerida en el marco de tal normativa, a la entrega de la documentación correspondiente y de los informes que la respaldan, así como a la provisión de todos aquellos datos que resulten necesarios a efectos de que "Beneficio S.A. Compañía de Seguros" pueda dar acabado cumplimiento a las obligaciones previstas en las normativas citadas.

Asimismo, y de acuerdo a lo establecido por la Resolución Nro. 38.477 de la SSN, sobre políticas procedimientos y controles internos para combatir el fraude; comunicamos a nuestros asegurados, productores asesores de seguros y auxiliares de la actividad, que nuestra compañía Beneficio S.A. Compañía de Seguros se adhiere a las medidas a tener en cuenta para prevenir y detectar el fraude, dando así cumplimiento a la normativa vigente.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha Lugar Firma del asegurado / Beneficiario