

Guía paso a paso

Formulario Bolso Protegido

Antes de comenzar, por favor leé esta guía y el formulario con detenimiento. Al completarlo, hazlo en letra clara, imprenta, mayúscula y con tinta oscura para facilitar su lectura.

1 Datos del asegurado

- Deben ser datos verdaderos y actualizados para que podamos ponernos en contacto ante cualquier consulta e inconveniente.

2 Datos del siniestro

- Es importante que en esta sección seas específico y des información verdadera sobre cuándo, cómo y dónde ocurrió el incidente para que podamos evaluar tu caso correctamente.

2 c Datos del siniestro

- Seleccionando la “Cobertura/Causa”, podrás ver que documentación adicional obligatoria deberás presentar en cada caso.

- Definiciones técnicas:

- *Bloqueo Imei*: es un código de 15 dígitos pregrabado por el fabricante para identificar cada equipo móvil. Podrás conocerlo marcando *#06# desde el equipo móvil o solicitarlo llamando a tu compañía de celular en caso de no poseer el equipo.

2 d Ampliar detalles del siniestro seleccionado en el punto 2.c.:

- En este punto podrás explicar más precisamente lo ocurrido durante el incidente especificando causas, lugar y circunstancias.

4 Liquidación del siniestro:

- Revisá que los datos detallados y los 22 números del CBU sean correctos para que podamos realizar el pago correspondiente sin ningún inconveniente. Es importante que completes el nombre y apellido del Titular de la cuenta informada.

Denuncia de Siniestro:

Bolso Protegido

Por favor completar todos los campos del siguiente formulario.

1. Datos del Asegurado

1.a. Apellido/s y Nombre/s _____ N° de Póliza _____

DNI LE LC CI CE Pas. N° _____

1.b. Domicilio real:

Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____

1.c.

Email _____
Teléfono fijo _____ Celular _____

2. Datos del Siniestro

2.a. Ocurrencia del Siniestro:

Fecha _____ Hora _____

2.b. Lugar del Siniestro (donde ocurrió):

Calle _____ Intersección _____

Localidad _____ Provincia _____

2.c. Coberturas / Causa:	Documentación adicional obligatoria
---------------------------------	--

<input type="checkbox"/> Robo bolso y su contenido	<input type="checkbox"/> Denuncia policial. <input type="checkbox"/> Documentación que acredite preexistencia del equipo electrónico robado (ej. factura). <input type="checkbox"/> Comprobante de bloqueo del IMEI* y/o suspensión de línea.
<input type="checkbox"/> Robo de documentos, llaves y tarjetas	<input type="checkbox"/> Denuncia policial. <input type="checkbox"/> Comprobante de gastos (documentos, llaves y tarjetas).

(*) Definiciones en la guía del formulario

2.d. Ampliar detalles del siniestro.

CON RESPECTO AL INCIDENTE:
 ¿Qué y cómo sucedió? _____

ENUMERAR LOS BIENES SUSTRÁIDOS/DAÑADOS/ROBADOS

1 _____	5 _____
2 _____	6 _____
3 _____	7 _____
4 _____	8 _____

3. Liquidación del Siniestro:

Autorizo a que en caso de que la resolución del siniestro por parte de la Compañía Aseguradora resulte favorable, el importe correspondiente a su liquidación sea acreditado en:

Titular de la cuenta _____

CUIL CUIT N° - -

Tipo de cuenta _____ N° de cuenta _____

CBU -

Datos Personales. Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).

Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunicate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.

La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

Firme aquí	Fecha	Firma	Aclaración del Asegurado
_____	_____	_____	_____