Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A. Ing. Enrique Butty 240 Piso 15 - (C1001AFB) CABA - Argentina (*)

Teléfono: 0810-222-8400

argentina_siniestros@assurant.com http://www.assurantsolutions.com/argentina



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

EN SOLO 3 PASOS PODES INICIAR LA GESTIÓN DE TU SINIESTRO

- 1. Completa el formulario
- 2. Escanea la documentación a presentar
- 3. Enviala por e-mail a argentina_siniestros@assurant.com o por correo postal*

Documentacion a presentar

- · Copia del telegrama de despido.
- Copia del recibo de sueldo que tenga en su poder.
- Copia de resumen de la tarjeta de crédito con fecha posterior al desempleo.
- Copia del Documento Nacional de Identidad.

Datos personales a complet	ar			
SECCIÓN 1 - Datos del titular de la	cuenta			
NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:		NÚMERO DE DNI:		
CUIL/CUIT/CDI:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			
NOMBRE DEL EMPLEADOR:				
FECHA DE CONTRATACIÓN (Desde)		FECHA DE DESPIDO (Hasta)		
HORAS TRABAJADAS (MENSUALES)		TIPO DE EMPLEO	Tiempo completo Tiempo parcial	Temporario Autónomo/Monotributo
SECCIÓN 2 -Autorización de cobro				
En caso de no poseer cuenta bancaria, info	rmá el CBU y datos perso	onales de una persona a	utorizada para recibir	la transferencia.
Nombre y apellido del titular:				
DNI del titular:	CUIT o CUIL del titular de la cuenta:			
Tipo y número de cuenta: Caja de ahorro:	Cuenta corriente:	Número de cuenta:		
Número de CBU (22 dígitos)				
Una vez efectuado el depósito en la cuenta	informada, declaro no t	ener nada más que reclo	amar a Assurant Argent	tina Cia. de Seguros S.A. por el referido pago.
N° 15/2019 de la Unidad de Información	Financiera (UIF) según	Ley N°25.246, y conc	ocer los requisitos de	11/2011, N°52/2012, N°28/2018, N°134/201 información que le/s será/n requerido/s al s o cambio de beneficiarios y/o anulación "
FIRMA DEL DENUNCIANTE		FECHA		