**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

ASSURANT®

# FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

## PROTECCIÓN DE DISPOSITIVOS DE COMUNICACIÓN

**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 DNI del titular del producto**
- **Copia de la factura o ticket de compra**
- **Copia de la denuncia policial**

***Si se trata del robo de un teléfono celular:***

- **Aclarar en la denuncia policial N.° de IMEI y el operador telefónico**
- **Fotos de la caja del equipo, donde se vea la etiqueta con el N.° de serie (IMEI)**
- **Denuncia de robo ante el operador y bloqueo del equipo de manera que el mismo quede inutilizado para su uso**
- **Ingresar a https://www.enacom.gob.ar/imei, enviar una captura de pantalla confirmando que el IMEI está bloqueado**

## SECCIÓN 1. Datos personales a completar

### Datos del titular

**NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:** _____ **NÚMERO DE DNI:** _____

**CUIL/CUIT/CDI:** _____ **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** _____

## SECCIÓN 2. Datos del siniestro

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ROBO (D/M/A): _____ FECHA DE ADQUISICIÓN DEL ARTÍCULO DENUNCIADO (D/M/A): _____

¿DÓNDE OCURRIÓ EL SINIESTRO? CALLE/LOCALIDAD/PROVINCIA: _____

NOMBRE, DOMICILIO Y TELÉFONO DE CONTACTO DE LOS TESTIGOS QUE PUEDAN DECLARAR EN RELACIÓN AL SINIESTRO:

¿POSEÉS ALGÚN OTRO SEGURO QUE CUBRA LOS BIENES DENUNCIADOS?:

**SÍ** ☐ **NO** ☐ TIPO: _____ ASEGURADORA: _____ PÓLIZA N.°: _____

## Datos de los bienes siniestrados

TIPO DE PRODUCTO: _____ MARCA: _____ MODELO: _____

Nro DE IMEI: _____ PRECIO DE COMPRA: _____ ¿POSEE GARANTÍA? : **SÍ** ☐ **NO** ☐

***NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DONDE FUE ADQUIRIDO EL BIEN***

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____ DOMICILIO: (CALLE/CIUDAD/PROVINCIA) _____

## Relato de los hechos ocurridos

*Por favor, describí de la forma más precisa, cómo se produjo el siniestro*

## Autorización de cobro

*En caso de no poseer cuenta bancaria, informá el CBU y datos personales de una persona autorizada 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 tener nada más que reclamar a Assurant Argentina Cia. de Seguros S.A. por el referido pago.*

***El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las resoluciones 11/2011, 52/2012 y 202/2015 de la Unidad de Información Financiera s/Ley 25.246 y conocen los requisitos de información que le/s será/n requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación.***

***Se recuerda que según el Artículo 245 del Código Penal se impondrán penas de prisión o multas al que denunciare falsamente un delito ante la autoridad. Assurant Argentina se reserva el derecho a iniciar las acciones penales que pudieran corresponder, por cualquier falsa declaración de los hechos en que se hubiera incurrido, tanto en sede administrativa como policial.***

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA

Enviar formulario