Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A.
Ing. Enrique Butty 240 Piso 15 - (C1001AFB) CABA - Argentina
(*) Teléfono:0810-222-8400
gestionesar@assurant.com
https://www.assurant.com.ar/

ASSURANT®

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

ROBO DE BOLSO

EN SOLO 3 PASOS PODES INICIAR LA GESTIÓN DE TU SINIESTRO

1. **Completá el formulario**
2. **Escaneá la documentación a presentar**
3. **Enviala por e-mail a gestionesar@assurant.com o por correo postal***

Documentacion a presentar*

en todos los casos denuncia policial

- **Copia de la Denuncia Policial con el detalle de los bienes robados**
- **Algún comprobante de preexistencia de los bienes robados (factura, tickets, fotos)**
- **En caso de robo de Documentos personales, comprobante de pago o de solicitud en trámite**
- **En caso de robo de llaves, bolso/maletin/cartera, cambio de cerradura o gastos de transporte para movilizarte, deberás presentar comprobante de pago.**
- **Por Robo en cajero automático: comprobante de extracción**
- **Por generación de cargos fraudulentos en la tarjeta de Crédito: resumen electrónico donde conste los cargos**

Indicá con una marca si estás de acuerdo en recibir notificaciones relativas a tu siniestro en la casilla de correo electrónico informada en este formulario. Las mismas se considerarán notificaciones fehacientes.

¿POSEE ALGÚN OTRO SEGURO QUE PUEDA CUBRIR LOS BIENES DENUNCIADOS? INDIQUE ASEGURADORA Y N° DE PÓLIZA: ➡ASEGURADORA PÓLIZA N.°

EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ENVIAR COPIA DE LA LIQUIDACIÓN QUE PRACTICARA POR EL SINIESTRO LA OTRA COMPAÑÍA

Datos personales a completar

Datos del titular, adicional o reclamante

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR: FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DOMICILIO REAL: (CALLE/C. POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)

ESTADO CIVIL: NACIONALIDAD: OCUPACIÓN:

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CUIL/CUIT/CDI:

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE Y APELLIDO DEL RECLAMANTE: (SI FUERA DISTINTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA)

RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL TITULAR:

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL DENUNCIANTE

DATOS DE LOS BIENES SINIESTRADOS

TIPO DE PRODUCTO: | MARCA: | MODELO:

PRECIO DE COMPRA: | ¿POSEE GARANTÍA? : SÍ NO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DONDE FUE ADQUIRIDO EL BIEN

FECHA DE OCURRENCIA :

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

RELATO DE LA FORMA DE OCURRENCIA DE LOS HECHOS

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

N° DE PÓLIZA:

¿HAS DENUNCIADO ALGÚN OTRO SINIESTRO ANTERIORMENTE?: **SÍ** **NO**

¿DE QUÉ FECHA?:

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las resoluciones 11/2011, 52/2012 y 28/2018 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 Compañía de Seguros S.A.* ***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

LUGAR **FECHA**

Enviar formulario