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

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 de la liquidación final o último recibo de sueldo, acuerdo conciliatorio o datos de la demanda judicial.**
- **Copia del resumen de la tarjeta de crédito (Verificá que la fecha de cierre sea posterior a la fecha del siniestro).**
- **Copia del Documento Nacional de Identidad.**
- **Datos Bancarios: CUIL y CBU (22 dígitos).**

Indica 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. ☐

Datos personales a completar

SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cuenta

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE OTORGÓ LA PÓLIZA

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

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

ESTADO CIVIL: NACIONALIDAD: OCUPACION:

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

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

NOMBRE DEL EMPLEADOR: FECHA DE CONTRATACIÓN (Desde/Hasta)

DOMICILIO DEL EMPLEADOR: (CALLE/C. POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)

CARGO DEL EMPLEADO: HORAS TRABAJADAS (MENSUALES)

TIPO DE EMPLEO
Tiempo completo ☐ Temporario ☐
Tiempo parcial ☐ Autónomo/Monotributo ☐

AUTORIZACIÓN DE COBRO

Autorizo a Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A. a depositar la indemnización que correspondiera en la cuenta de:

, DNI

cuyos datos bancarios son: Tipo y número de cuenta: *C. de ahorros* *Cta. Corriente*

CBU de la cuenta (22 digitos):

CUIT o CUIL del titular de la cuenta:

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.

Recordá que el CBU informado debe pertenecer a una cuenta que este OPERATIVA y que el CUIT/CUIL informado DEBE CORRESPONDER AL TITULAR DE DICHA CUENTA (y no a otra persona).

Caso contrario, la transferencia se rechazará.

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.

FIRMA DEL DENUNCIANTE

LUGAR Y FECHA

Enviar formulario