Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A.
Esmeralda 1080 Piso 1 - (C1007ABN) CABA - Argentina (*)
Teléfono: 0810-222-8400
sociosassurant@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 **sociosassurant@assurant.com** o por **correo postal***

Documentacion a presentar

- **Copia del DNI del titular del producto**
- **Copia de la factura 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**

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. ☐

¿POSEÉS ALGUNO DE ESTOS SEGUROS?, TILDA LO QUE CORRESPONDA:	SEGURO DE VIVIENDA ☐	➡	ASEGURADORA		PÓLIZA N.°	
	SEGURO DE VEHÍCULO ☐	➡	ASEGURADORA		PÓLIZA N.°	
	SEGURO DE OFICINA ☐	➡	ASEGURADORA		PÓLIZA N.°	
¿POSEÉS ALGÚN OTRO SEGURO QUE CUBRA LOS BIENES DENUNCIADOS?:	TIPO:		ASEGURADORA		PÓLIZA N.°	

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: _____ OCUPACION:

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

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

NOMBRE Y APELLIDO DEL ADICIONAL O RECLAMANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDAD: _____ OCUPACION:

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

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

Datos del titular, adicional o reclamante

¿EL PRODUCTO FUE REGALADO A OTRA PERSONA?: **SÍ** ☐ **NO** ☐

¿HAS HECHO ALGÚN RECLAMO PREVIO?: **SÍ** ☐ **NO** ☐

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

¿DÓNDE OCURRIÓ EL SINIESTRO?: _____

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

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 LA FORMA DE OCURRENCIA DE LOS HECHOS

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

AUTORIZACIÓN DE COBRO - Solo para la cobertura de protección de dispositivos de comunicación

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.

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 **LUGAR Y FECHA**

Enviar formulario