



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Ing. Enrique Butty 240 Piso 15
C1001AFB – C.A.B.A. – Argentina
Teléfono: 0810 222 8400
Fax: (54 11) 4121 8666 int 241
www.assurantsolutions.com.ar

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

POR ROBO EN CAJEROS AUTOMATICOS

INSTRUCCIONES: Complete el presente formulario y adjunte la siguiente documentación

- Complete las Secciones 1, 2 y 3.
- Adjunte la siguiente documentación: denuncia policial original, comprobante de extracción, resumen de cuenta de los últimos 6 meses y hasta la fecha de recibido el presente formulario, fotocopia del D.N.I, constancia laboral.

Fecha del tramite	Dia	Mes	Año

SECCION 1			DATOS DEL TITULAR, ADICIONAL O RECLAMANTE		
NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR	DNI	FECHA DE NACIMIENTO (día, mes, año)			
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> □□ □□ □□ </div>			

DATOS DEL DAMNIFICADO (TITULAR O ADICIONAL)								
APELLIDOS								
NOMBRES								
C.U.I.L					EDAD			
FECHA DE NACIMIENTO				LUGAR				
DOMICILIO REAL			PISO		DEPTO.			
LOCALIDAD	CALLES LATERALES							
TELÉFONO PARTICULAR	HORARIO DE CONTACTO							
CELULAR	HORARIO DE CONTACTO							
E MAIL								
OCUPACION / PROFESION				TIPO DE EMPLEO	RELACION DE DEP.	<input type="checkbox"/>		
LUGAR DE TRABAJO					CONTRATADO	<input type="checkbox"/>		
DOMICILIO DEL TRABAJO					AUTÓNOMO	<input type="checkbox"/>		
TELÉFONO DEL TRABAJO					INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>		
HORARIO DEL TRABAJO	ANTIGÜEDAD LABORAL							
ESTADO CIVIL	CASADO	<input type="checkbox"/>	SOLTERO	<input type="checkbox"/>	DIVORCIADO	<input type="checkbox"/>	VIUDO	<input type="checkbox"/>
	NOMBRE DEL CÓNYUGE							



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Ing. Enrique Butty 240 Piso 15
C1001AFB – C.A.B.A. – Argentina
Teléfono: 0810 222 8400
Fax: (54 11) 4121 8666 int 241
www.assurantsolutions.com.ar

SECCION 3

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 N° de cuenta:

Banco:

N° de CBU (22 dígitos):

CUIL/CUIT del titular de la cuenta:

3

Una vez efectuado el depósito en la cuenta informada, declaro no tener nada más que reclamar a Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A. por el referido pago.

DECLARACION JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta denuncia son exactos en todas sus partes.
" la recepción de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo". Se notifica que a consecuencia de esta denuncia puede ser llamado por un estudio liquidador de siniestros, conforme a la ley de Seguros 17418 para verificar sus circunstancias y el alcance de la prestación a cargo del asegurador.

IMPORTANTE

El asegurado toma conocimiento que está obligado a suministrar al asegurador la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin.
Hasta tanto ello ocurra, quedan interrumpidos los plazos para que el asegurador se pronuncie acerca del derecho del asegurado.
Artículo 46 de la ley de Seguros

Fecha (dd/mm/aa)

Firma del asegurado o Persona autorizada

Cuando se haya completado el presente formulario, devuelvalo a Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A. sita en Ing. Enrique Butty 240 Piso 15 (C1001AFB) Buenos Aires, Argentina. Atención: Reclamos Financieros

Pasados los 15 días de haber presentado la documentación completa, puede verificar el estado de su denuncia llamando al 0810 222 8400



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Ing. Enrique Butty 240 Piso 15
C1001AFB – C.A.B.A. – Argentina
Teléfono: 0810 222 8400
Fax: (54 11) 4121 8666 int 241
www.assurantsolutions.com.ar

USOS INTERNOS AJENOS AL CLIENTE

USO INTERNO DE LA ENTIDAD BANCARIA									
SUCURSAL		DOMICILIO							
ANTIGÜEDAD DEL CLIENTE				FECHA DE APERTURA DE LA CUENTA					
EMPLEADO QUE RECIBE LA DENUNCIA		NOMBRE Y APELLIDO							
		LEGAJO							
		HORARIO:		FIRMA					
ELEMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR A ESTA DENUNCIA				<input checked="" type="checkbox"/> EXTRACTOS BANCARIOS DE LOS ULTIMOS TRES MESES. <input checked="" type="checkbox"/> CONSTANCIA DE LA EXTRACCIÓN ACTUAL.					
USO INTERNO DE LA ENTIDAD ASEGURADORA									
VIGENCIA ACTUAL	DESDE				HASTA				
FECHA DE ALTA				OTRAS VIGENCIAS	Si	<input type="checkbox"/>	AÑO	No	<input type="checkbox"/>
SINIESTROS EN LA VIGENCIA ACTUAL		PRIMERO	<input type="checkbox"/>	SEGUNDO	<input type="checkbox"/>	MONTO 2º Stro.	\$	TERCERO	<input type="checkbox"/>
SINIESTROS EN LA VIGENCIA ANTERIOR		PRIMERO	<input type="checkbox"/>	MONTO 1º Stro.		\$	INDEMNIZADO		\$
		SEGUNDO	<input type="checkbox"/>	MONTO 2º Stro.		\$	INDEMNIZADO		\$
OBSERVACIONES:									

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las resoluciones N° 32/2011 y N° 11/2011 de la Unidad de Información Financiera s/Ley N° 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.