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 y todo intercambio epistolar cruzado con su ex empleador.**
- **Copia del recibo de sueldo, acuerdo conciliatorio o datos de demanda laboral o SECLO .**
- **Copia de resumen de la tarjeta de crédito con fecha posterior al desempleo.**
- **Copia del Documento Nacional de Identidad.**

Datos personales a completar

SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cuenta

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

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

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

FECHA DE CONTRATACIÓN (Desde) _____ FECHA DE DESPIDO (Hasta) _____

HORAS TRABAJADAS (MENSUALES) _____ TIPO DE EMPLEO Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Temporario ☐ Autónomo/Monotributo ☐

SECCIÓN 2 -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) _____

La cuenta bancaria debe estar vigente o habilitada para recibir transferencias, no debe ser una cuenta de plan social o mercado pago.

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 N°11/2011, N°52/2012, N°28/2018, N°134/2018 y N°15/2019 de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N°25.246, y conocer 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 **FECHA**

Enviar formulario