

Todos los beneficios se pagarán directamente a su acreedor y aparecerán en su estado de cuenta mensual.



**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.assurant.com

## FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

1. Complete las Secciones 1 y 3.
2. Haga que su empleador complete la Sección 2.
3. Adjunte fotocopia del telegrama de despido.
4. Adjunte fotocopia de los dos últimos recibos de sueldo, incluyendo aquél que contiene la liquidación final (indemnizaciones, etc.). De no poseer liquidación final, fotocopia del acuerdo de pago, homologado por el Ministerio de Trabajo.
5. Si la empresa solicitó la quiebra, copia de la constancia por el Ministerio de Trabajo.
6. Si está cobrando los beneficios del seguro que otorga el ANSES, fotocopia del último recibo.
7. Adjunte fotocopia de la Certificación de Servicios y Remuneraciones (ANSES).
8. Según el producto que usted ha contratado con Assurant, adjunte la siguiente documentación:
  - a) Préstamos: copia del alta
  - b) Tarjeta de Crédito: copia completa del resumen de la tarjeta de crédito, con fecha de cierre inmediatamente posterior a la fecha del siniestro.
  - c) Consumo de servicios: Copia de la última factura del servicio del mes en que quedó desempleado.

SECCION 1 DATOS TITULAR DE LA CUENTA			
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE OTORGO EL PRODUCTO		<input type="checkbox"/> NUMERO DE PRESTAMO	<input type="checkbox"/> NUMERO DE CUENTA DEL SERVICIO O NUMERO DE CLIENTE
		<input type="checkbox"/> NUMERO DE TARJETA	
		<input type="checkbox"/> NUMERO DE CUENTA / SUCURSAL	
NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR		DNI	FECHA DE NACIMIENTO / /
NOMBRE Y APELLIDO DEL DENUNCIANTE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO / /
DOMICILIO DEL TITULAR (CALLE/CODIGO POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)			
NUMERO DE TELEFONO COMERCIAL ( )	NUMERO DE TELEFONO PARTICULAR ( )	E-MAIL	
¿USTED HA PRESENTADO UN RECLAMO ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			SI ES AFIRMATIVO, ¿CUANDO? / /
AUTORIZO a cualquier empleador a cualquier empresa de informes sobre crédito al consumidor, compañía de seguros o de reaseguros, asegurador, autoridad policial, departamento de bomberos, u otra organización o persona en cuyo poder obren cualquier tipo de datos o información relacionada con esta solicitud, a entregar los datos o la información solicitada a Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A. Al firmar esta autorización, renuncio al derecho de carácter confidencial de dicha información, ya que la misma concierne al trámite o investigación de mi(s) reclamo(s). Cualquier fotocopia de esta autorización deberá considerarse con la misma efectividad y validez que su original. Declaro bajo juramento que: (i) todos y cada uno de los datos e información consignados por el suscripto en el presente son completos, correctos y veraces; y (ii) que no he omitido, alterado, falseado y/o adulterado los datos e información declarados y/o la documentación que adjunto al presente. Asimismo, me comprometo a comunicar de inmediato a la Compañía todo y cualquier cambio o modificación que se produzca en relación a los mismos. Por último, dejo constancia de que el incumplimiento de la presente declaración jurada afectará legítimos derechos a la Compañía, lo cual me hará pasible de las sanciones civiles y penales contempladas en la legislación vigente. Efectúo la presente declaración en forma voluntaria y con pleno conocimiento de sus implicancias jurídicas y económicas. Esta autorización tendrá vigencia durante 6 meses a partir de la fecha de la firma.			
FIRMA DEL DENUNCIANTE X			FECHA / /

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



SECCION 2		DECLARACION DEL EMPLEADOR	
NOMBRE Y APELLIDO DEL EMPLEADOR O RAZON SOCIAL			
NOMBRE DEL EMPLEADO		FECHA EN QUE FUE EMPLEADO / /	CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS
CARGO DEL EMPLEADO	CANT. DE HS TRABAJADAS POR MES	TIPO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DEL ESTADO	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TEMPORARIO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> EMPLEADO AUTÓNOMO
MOTIVO DE LA INTERRUPCION DEL EMPLEO			
<input type="checkbox"/> CIERRE DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> RENUNCIA		<input type="checkbox"/> DESPIDO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> AUSENCIA PERMITIDA <input type="checkbox"/> OTRO .....
¿FUE LA AUSENCIA APROBADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿RECIBIRA EL EMPLEADO COMPENSACION DURANTE LA AUSENCIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
SI FUE POR DESPIDO, ¿CUAL FUE LA CAUSA DEL DESPIDO?			
ULTIMO DIA EN QUE TRABAJÓ / /	FECHA EN QUE REGRESO AL TRABAJO / /	¿SE HA INTEGRADO EL EMPLEADO A SUS TAREAS NORMALES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
SI LA RESPUESTA ES NO, ¿QUE TAREAS PUEDE REALIZAR?			
BREVE DESCRIPCION DE SUS TAREAS Y RESPONSABILIDADES			
OBSERVACIONES			
NOMBRE DE LA COMPAÑIA			
CALLE/CODIGO POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA			
COMPLETADO POR (ESCRIBA EL NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA)	CARGO	NUMERO DE TELEFONO ( )	NUMERO DE FAX ( )
FIRMA Y SELLO			FECHA / /

SECCION 3		DATOS NECESARIOS PARA PERCIBIR SU BENEFICIO (SOLO PARA LOS CASOS EN QUE LA POLIZA ASI LO CONTEMPLA)	
PARA SEGUROS CONTRATADOS SOBRE UNA CUENTA BANCARIA			
NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA		CUIL/CUIT del titular de la cuenta	
BANCO		CBU DE LA CUENTA	
TIPO DE CUENTA Y NUMERO (CAJA DE AHORRO/CUENTA CORRIENTE)			
PARA SEGUROS CONTRATADOS SOBRE UNA TARJETA DE CREDITO			
NOMBRE DE LA TARJETA DE CREDITO		NOMBRE DEL TITULAR IMPRESO EN LA TARJETA DE CREDITO	
BANCO EMISOR		NUMERO DE LA TARJETA DE CREDITO	
En caso de no poseer cuenta en alguna entidad bancaria, complete el punto "AUTORIZACIÓN DE COBRO", informándonos los datos bancarios de la persona autorizada por Ud. a percibir la indemnización que pudiera corresponder por el presente siniestro.			
PARA SEGUROS CONTRATADOS SOBRE EL CONSUMO DE SERVICIOS			
NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO		NUMERO DE CUENTA DEL SERVICIO O NUMERO DE CLIENTE	

## 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:

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.

## 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 Paciente 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

A los efectos de procesar con mayor celeridad nuestro reclamo, le solicitamos cumplimente todos los requisitos enumerados en el frente del formulario.

Si alguno de estos requisitos no pudiera ser cumplimentado, deberá explicar por escrito los motivos.

**No olvide firmar el Formulario de Denuncia.**

### **IMPORTANTE:**

Le recordamos asimismo que la póliza establece un período de espera de 30 días, por lo tanto la cuota cuyo vencimiento opera en dicho lapso debe ser abonada por el socio.

- Cuando se hayan completado todas las secciones requeridas, devuelva el formulario de comunicación a Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A. Ing. Butty 240 Piso 15 (C1001AFB) Buenos Aires, Argentina. Atención: Reclamos Financieros.

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.