



FORMULARIO DE INDEMNIZACION PARA EL ASEGURADO

DATOS DEL ASEGURADO

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.

Fecha de presentación del formulario

Nombre y apellido

Número de Certificado individual / Póliza

DNI

Dirección de e-mail

Nota Importante

En caso de no poseer cuenta en alguna entidad bancaria, complete debajo informándonos los datos bancarios de la persona autorizada por Ud. a percibir la indemnización que pudiera corresponder por el presente siniestro.

AUTORIZACION DE COBRO / DATOS BANCARIOS

Autorizo a Assurant Argentina Cia de Seguros S.A. a depositar la indemnización que correspondiera en la cuenta corriente o caja de ahorro de:

Nombre y apellido (Titular cuenta bancaria)

DNI/LE/LC

CUIT/CUIL

Banco

Sucursal

Número de Cuenta

CBU (22 dígitos)

Tipo de Cuenta

Caja de Ahorro

Cuenta Corriente

Nota importante:

Estimado asegurado, una vez completado el presente formulario tenga a bien guardarlo y enviarlo por correo electrónico a la casilla: indemnizaciones@assurant.com