



COMPRA PROTEGIDA

Compra protegida Assurant lo protege contra Daño Accidental de una amplia variedad de artículos comprados con La Tarjeta Classic y Silver por el término de 60 días corridos Gold y Platinum por el término de 90 días corridos desde la fecha de compra. A fin de hacer un reclamo, por favor complete este informe y háganoslo llegar junto con toda la documentación necesaria a Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A.

Antes de completar el Informe de Daño, por favor lea los pasos que debe seguir para que éste sea válido:

- La oficina de Reclamos de Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A. debe ser notificada de todos los siniestros incurridos bajo Compra Protegida, no después de 3 (tres) días desde la fecha del siniestro. Los informes deben ser completados, firmados y regresados dentro de 30 días desde la fecha del siniestro. La omisión, ya sea de notificar a la Oficina de Reclamos de su siniestro o de completar enteramente y presentar este informe dentro de los tiempos establecidos más arriba, dará por resultado el rechazo de su reclamo.
- Compra Protegida provee cobertura sólo para los reclamos o porciones de reclamos no cubiertos por ningún otro seguro. Su reclamo debería siempre ser presentado a los aseguradores de su mobiliario, bienes personales, viajes, responsabilidad de autos o negocios, o al asegurador de responsabilidad de quienquiera cause su daño, antes de presentar este Informe.
- Ningún reclamo será procesado antes de que la Oficina de Reclamos haya recibido este Informe, junto con todos los documentos requeridos y los informes necesarios.
Si cambiara algo en la información que usted proveyó después que presentó el informe, por favor notifíquelo a la Oficina de Reclamos inmediatamente, por escrito a Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A.
- Ningún reclamo bajo Compra Protegida será pagado si los procedimientos de reclamos no han sido completados enteramente dentro de los 12 meses desde la fecha de compra.

Se ha incluido una lista de verificación para recordarle los pasos necesarios para ser completados antes de despachar este Informe por correo. Ningún Informe estará completo sin todos los informes policiales, informes de bomberos, pólizas y todo otro documento requerido que sea aplicable.

INSTRUCCIONES: Complete el presente formulario y adjunte la siguiente documentación

1. Complete las Secciones 1, 2, 3 y 4.
2. Adjunte la siguiente documentación: ticket de compra o recibo, denuncia policial original, cupón de la tarjeta de credito original donde conste la compra y copia del DNI del reclamante.
3. En caso de robo o hurto de efectos personales , adjuntar denuncia policial original y ticket de pago de la licencia de conducir y/o DNI y/o pasaporte y/o cédula policial.

SECCION 1			DATOS DEL TITULAR, ADICIONAL O RECLAMANTE		
NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR		DNI		FECHA DE NACIMIENTO (día, mes, año) □□ □□ □□	
SU DOMICILIO			SU TELÉFONO PARTICULAR		
SU DOMICILIO COMERCIAL (SI ES DIFERENTE)			SU TELÉFONO COMERCIAL		
NRO. DE LA TARJETA		□□□□ □□□□□□ □□□□□□		E MAIL	
NOMBRE Y APELLIDO DEL ADICIONAL O DENUNCIANTE		DOMICILIO			
NRO. DE LA TARJETA		□□□□ □□□□□□ □□□□□□		DNI	
¿EL PRODUCTO FUE REGALADO POR USTED A OTRA PERSONA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
¿HA HECHO USTED ALGÚN RECLAMO PREVIO BAJO COMPRA PROTEGIDA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL DAÑO		□□ □□ □□		FECHA DE ADQUISICIÓN DEL ARTÍCULO DAÑADO	
¿DONDE OCURRIÓ EL SINIESTRO?					
CAUSA O NATURALEZA DEL SINIESTRO					
NOMBRE, DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE TODOS LOS TESTIGOS QUE PUEDAN DECLARAR EN RELACIÓN CON EL SINIESTRO					

SECCION 2

DATOS DEL DAÑO O ROBO

Por favor, adjunte el cupón Nota de Cargo de la Tarjeta de Crédito correspondiente a todos los productos que son objeto de su reclamo. NINGUN RECLAMO SERA ACEPTADO SIN ESTE CUPON.

- ¿Este reclamo es por un daño total? SI NO (por ejemplo, daño irrecuperable)
- ¿Este reclamo es por robo? SI NO
- ¿Este reclamo es por daño parcial? SI NO (por ejemplo daño reparable)

En el caso de daño parcial, por favor adjuntar al menos un presupuesto de reparación a la Oficina de Reclamos. Tenga en cuenta que Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A. puede requerirle enviar el producto parcialmente dañado con flete a su cargo, a una dirección designada oportunamente. Si el producto dañado o roto es demasiado grande para ser fácilmente transportado, por favor llame a la Oficina de Reclamos para obtener más información (Teléfono: 4121 8666 O 0810 222 8400 de 9:30 a 17:30 horas).

Si el daño fue causado por un tercero,
¿Usted ha presentado algún reclamo ante la Compañía de Seguros que corresponda? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, por favor adjunte una copia de esta presentación de reclamo.

Si la respuesta es negativa, por favor haga este reclamo antes de presentar el Informe.

Para todo reclamo presentado a otro asegurador (ya sea el suyo propio o de un tercero) por favor, envíenos además una copia de la liquidación y de la póliza a Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A., tan pronto como sea posible después de la recepción.

OTROS SEGUROS QUE CUBREN LOS PRODUCTOS QUE USTED ESTA RECLAMANDO

NOMBRE DE LA CIA. DE SEGUROS N° POLIZA

¿Tiene seguro de contenido o edificio para su vivienda propia o alquilada?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene seguro de vehículo automotor?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene seguro de equipaje?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene seguro de contenido de oficinas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Fue presentado su reclamo a su asegurador de contenido/edificio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Fue presentado su reclamo a su asegurador de vehículo automotor?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Fue presentado su reclamo a su asegurador de equipaje?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Fue presentado su reclamo a su asegurador de contenido de oficinas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Si contestó afirmativamente a alguna de estas preguntas, por favor adjunte a este Informe una copia legible de la presentación del reclamo. Si contestó negativamente, y si fuera aplicable, por favor, haga dicho reclamo antes de presentar este Informe.
Si fuera aplicable, ¿ha efectuado la denuncia a las autoridades policiales o a los bomberos en la jurisdicción en que ocurrió el siniestro?
SI NO

SECCION 3

DATOS NECESARIOS PARA PERCIBIR SU BENEFICIO

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)	

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.

SECCION 4**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:

4

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 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 vuestro 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 Compañía de Seguros S.A.

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.