

Todas las preguntas deben ser contestadas en forma clara y completa. No se deberá omitir ninguna.

Datos del Asegurado

Número de póliza: Sexo: Masc. Fem.
Nombre y Apellido: Documento: LE LC DNI N°
Domicilio - Calle: N° Piso: Depto.: Torre:
Localidad: Provincia: Código Postal:
Fecha de nacimiento:/...../..... Número de teléfono:

Datos para el cobro

Calidad bajo la cual cobra: Titular del interés asegurado
 Beneficiario designado o Heredero Legal
Vínculo con el asegurado o tomador del seguro:
Nombre y Apellido del Titular de la Cuenta:
Banco / Billetera virtual: CUIT CUIL: - - - - -
CBU/CVU (adjuntar constancia):

Datos del desempleo asegurado

Motivo de interrupción del empleo

- Despido
Si fue por despido, ¿Cuál fue la causa?
- Cierre de la empresa.
 Otros: especificar

Datos del empleador

Razón social de la empresa de la que se desvincula:
Actividad principal/Ramo:
Período de relación laboral: Desde Hasta.....
Último día trabajado: Cantidad de horas semanales trabajadas:
Observaciones:

Observaciones:

Este formulario deberá ser entregado al Asegurador inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho. La recepción de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad del Asegurador.

Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros N° 17.41.

IMPORTANTE: En un plazo de 72 hs. de ocurrido el siniestro, el Cliente deberá cumplir indefectiblemente con los siguientes requisitos:

⚠ Documentación a presentar:

1. Formulario de Denuncia, provisto por Supervielle Seguros.
2. Copia del Telegrama de despido.
3. Copia de la Certificación de Servicios de Anses (Opcional en caso de contar con el documento).
4. Copia del último recibo de sueldo y liquidación final.
5. Copia de Acuerdo Conciliatorio (Seclo) o Resolución Judicial.
6. Cualquier otra documentación adicional que la compañía considere necesaria.

Lugar:

Fecha: / /

Firma y aclaración del denunciante

Envíanos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:
Por mail: denunciasiniestros@supervielleseguros.com
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599
de lunes a viernes de 9 a 21 hs.

