

Formulario de denuncia del uso Fraudulento de Tarjeta

Robo de tarjeta Hurto de tarjeta Extravío de tarjeta

Datos del Beneficiario

Nombre/s y Apellido/s Nacionalidad:
Lugar de nacimiento: Género: Femenino Masculino No Binario
Domicilio: Localidad:
Provincia: Código Postal:
Tipo y N° de documento Fecha de nacimiento/...../..... DD/MM/AAAA
Tel. Particular Tel. Celular E-mail

¿Existen otros seguros vigentes sobre los bienes afectados? Si No

En función de la Resolución UIF N° 28/2018, Soluciones de Asistencia Integral S.A. debe requerir a sus clientes le informen si son Personas Políticamente Expuestas (PEPs) o si se encuentran relacionados a alguna de ellas.

Si tenés dudas ingresa a:

<https://www.argentina.gob.ar/uif/preguntas-frecuentes-generales-uif/personas-expuestas-politicamente>

El / la que **suscribe declara bajo juramento** que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que ha leído la "Nomina de Personas Expuestas Políticamente" que se encuentra publicada en la web de Soluciones de Asistencia Integral S.A. y que

SI soy una Persona Expuesta Políticamente NO soy una Persona Expuesta Políticamente

En caso afirmativo, se indica el Organismo Estatal en donde me desempeño, así como mi cargo, función o jerarquía:

.....

Formas de pago

Nombre y apellido del Titular de la cuenta:

N° de CUIT/CUIL del titular de la cuenta (11 dígitos): - -

Nombre del Banco:

N° de CBU (22 dígitos)

Si no tenés una cuenta bancaria propia, podés usar la cuenta de un tercero/a. Tené en cuenta que deberás:

- Informarnos el parentesco / relación con esta persona
- Presentar el Formulario PEP (Personas Expuestas Políticamente) completo y firmado por el tercero adjuntando copia del DNI

.....
.....



Datos del siniestro

Fecha y lugar de ocurrencia del siniestro:

Localidad y Provincia

Fecha y hora en que detectó la falta de su tarjeta:

Fecha y hora de la denuncia efectuada a la entidad emisora/administradora de la tarjeta:



Datos de las compras y/o servicios y/o retiros de dinero afectados

Fecha:...../...../.....	Monto:.....	Comercio:.....	Red de Cajeros:.....
Fecha:...../...../.....	Monto:.....	Comercio:.....	Red de Cajeros:.....
Fecha:...../...../.....	Monto:.....	Comercio:.....	Red de Cajeros:.....
Fecha:...../...../.....	Monto:.....	Comercio:.....	Red de Cajeros:.....
Fecha:...../...../.....	Monto:.....	Comercio:.....	Red de Cajeros:.....
Fecha:...../...../.....	Monto:.....	Comercio:.....	Red de Cajeros:.....



Breve relato de lo acontecido (continuar al dorso del formulario en caso de ser necesario)

.....

.....

.....



Datos del denunciante

Nombre/s y Apellido/s

Domicilio: Localidad:

Provincia: Código Postal:

Nº de Teléfono Parentesco o relación con el Asegurado

IMPORTANTE: En un plazo de 72 hs. de haber sufrido o tomado conocimiento del siniestro, el Asegurado deberá cumplir indefectiblemente con los siguientes requisitos: 1) Denunciar lo sucedido a las entidades emisoras y aseguradoras; 2) Efectuar la pertinente denuncia policial y/o penal; 3) Comprobante o resumen de cuenta que acredite las compras y/o servicios y/o retiros de dinero afectados.

Información Importante

- Deberás presentar:

- Este formulario de Denuncia completo
- Copia de denuncia policial.
- Copia del detalle de los movimientos reclamados
- Comprobante de reclamo ante la entidad financiera correspondiente y resolución del mismo.

Deberás entregar la documentación a la Compañía inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho.

La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la Compañía.

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 No 17.418.

Asimismo te informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria.

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del Denunciante

.....
Aclaración