

Datos del Asegurado

Apellido y nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Edad: _____

Domicilio

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Contacto

Teléfonos: (____) _____ / (____) _____ E-mail: _____

Moto

Marca: _____ Modelo: _____ Dominio (patente): _____

Póliza n°: _____

¿Es el conductor? Sí No

Datos del Conductor (No completar si es el propietario)

Apellido y nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Edad: _____

Domicilio

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Contacto

Teléfonos: (____) _____ / (____) _____ E-mail: _____

Registro n°: _____ Vencimiento: _____

¿Se realizó Test de alcoholemia? Sí No

Datos del Siniestro

Fecha: ____/____/____ Hora: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Calles: _____

Marcar lo que corresponda:

Daños materiales Lesiones Destrucción Total Robo Total

Período del día:

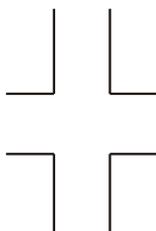
Diurno Nocturno

Estado del tiempo:

Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

Daños de la motocicleta: _____

Croquis



Detalle del Siniestro

Detalle de vehículos de terceros

Marca: _____ Modelo: _____ Dominio (patente): _____ Año: _____

Propietario

Apellido y nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Edad: _____

Domicilio

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Contacto

Teléfonos: (____) _____ / (____) _____ E-mail: _____

¿Se realizó Test de alcoholemia? Sí No**Datos del Conductor** (No completar si es el propietario)

Apellido y nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Edad: _____

Domicilio

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Contacto

Teléfonos: (____) _____ / (____) _____ E-mail: _____

Registro n°: _____ Vencimiento: _____

¿Se realizó Test de alcoholemia? Sí No**Daños materiales a cosas**

Apellido y nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____

Domicilio

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Contacto

Teléfonos: (____) _____ / (____) _____

Detalle los daños: _____

Lesionados

1)

Acompañante (en caso de ser acompañante indicar parentesco) _____

Tercero

Apellido y nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Edad: _____

Domicilio

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Contacto

Teléfonos: (____) _____ / (____) _____

¿Se realizó Test de alcoholemia? Sí No

Tipo de lesiones: Leves Graves Mortal

2)

Acompañante (en caso de ser acompañante indicar parentesco) _____

Tercero

Apellido y nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Edad: _____

Domicilio

Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Contacto

Teléfonos: (____) _____ / (____) _____

¿Se realizó Test de alcoholemia? Sí No

Tipo de lesiones: Leves Graves Mortal

Autorizo a Colón Compañía de Seguros S.A. a solicitar cualquier información relacionada con esta solicitud. Tomo conocimiento que Colón Compañía de Seguros S.A. se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para dar cumplimiento a las normas legales, y las relacionadas con el lavado de dinero (Ley 25.246, Resolución 32/2011 UIF y vinculadas), comprometiéndome a suministrar los elementos informativos que a estos efectos me fuesen solicitados.

Declaro bajo juramento que los fondos que utilizo/utilizaré en la operatoria relacionada con el presente seguro provienen de actividades lícitas relacionadas con mi actividad declarada. Asimismo me comprometo a informar a esta Compañía en caso de ser funcionario público (PEPs), nacional o extranjero, como también si tuviera algún familiar que revistiera tal carácter; cumpliendo con los requisitos previstos en la Res. 11/2011 de la Unidad de Información Financiera (UIF).

Lugar y fecha: _____ Firma y aclaración: _____