



Datos del Asegurado

Apellido y Nombres:
DNI/CUIL: Edad:
Domicilio: Calle: Nro.: Piso: Dpto.:
C.P.: Localidad: Provincia:
Teléfonos: () / ()
Correo electrónico:
Domicilio laboral: CalleNº: Localidad:

Datos del Siniestro

Fecha del Siniestro: / / Hora: : Lugar del Siniestro:
Localidad: Provincia: Estimación del Siniestro: \$
Cobertura/s Afectada/s:
Relato de lo sucedido:
Detalle los bienes afectados (si corresponde):

Personas enteradas del hecho

Table with 3 columns: APELLIDO Y NOMBRES, RELACIÓN, TELÉFONO DE CONTACTO

¿Ha tenido usted siniestros anteriores por los cuales realizó denuncias a esta u otras Compañías?

Table with 6 columns: MES, AÑO, COMPAÑÍA, TIPO DE SINIESTRO, INDEMNIZACIÓN, MOTIVO DEL RECHAZO

Otras coberturas vigentes sobre Hogar / objetos específicos:

Blank lines for other coverages.

En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización:

Banco Nº de cuenta: CA CC CBU N° (22 dígitos):

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).

Form with fields: LUGAR, FECHA, FIRMA, ACLARACIÓN

1015DEN 07/2017.