

Formulario de Denuncia de Siniestro

Denuncia de Intervenciones Quirúrgicas

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

Sexo: M F DNI/CUIL: _____ Nro. de Póliza: _____

Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Estado civil: _____

Último Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Datos del Siniestro

Nombre/s de la/s intervenciones realizadas: _____

Código/s de Referencia: _____ Fecha de la/s Intervenciones: _____

(según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales)

Datos del Profesional Interviniente

Apellido y Nombres del Médico: _____

Documento: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Nº de Matrícula Nacional: _____ Nº de Matrícula Provincial: _____

Datos del Establecimiento Asistencial

Establecimiento Asistencial: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: (_____) _____

Observaciones:

En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización:

Banco _____ N° 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 FUEREN 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).

1005DEN 07/2017.

<p style="text-align: center;">LUGAR</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: center;">FECHA ___ / ___ / ___</p>	<p style="text-align: center;">FIRMA</p>	<p style="text-align: center;">ACLARACIÓN</p>
---	--	---