COLÓN
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Formulario de Denuncia de Siniestros
Gastos médicos

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres: _____ Sexo: M ◯ F ◯ DNI Nº: _____

Nº de póliza: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: __ /__ /____ Estado civil: _____

Último domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Depto: _____

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

Ocupación que tenía a la fecha del accidente: _____

Nombre del contratante: _____

¿El asegurado tiene pólizas de vida contratadas en otras compañías? SI ◯ NO ◯

¿En cuál / cuáles? _____ Sumas aseguradas: $ _____

COBERTURA DENUNCIADA: Gastos médicos

DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido y Nombres: _____ Sexo: M ◯ F ◯ DNI Nº: _____

Relación con el asegurado: _____ Fecha de nacimiento: __ /__ /____

Estado civil: _____ Domicilio: Calle: _____

Nº: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfonos: _____ / _____

Celular: _____ Email: _____

Nombre del contratante: _____

¿Conocía usted la existencia del seguro? SI ◯ NO ◯ ¿Desde cuando? _____

¿Es beneficiario del seguro? SI ◯ NO ◯ ¿Desde cuando? _____

DETALLE DEL SINIESTRO

Fecha: __ /__ /____ Hora: _____ : _____ , Lugar donde ocurrió el siniestro: _____

Breve descripción del hecho ocurrido: _____

(*)Para agilizar la tramitación del beneficio, quien haya sido designado beneficiario deberá adjuntar: copia de la 1er y 2da hoja del DNI y una nota detallando la modalidad de cobro que desea:

1. Acreditación en cuenta del Banco Columbia (adjuntar comprobante de CBU firmado por apoderado del banco)
2. Acreditación en cuenta de otro banco (adjuntar comprobante de CBU firmado por apoderado del banco)
3. Cheque “no a la orden”

LUGAR FECHA ____ / ____ / _____	FIRMA DEL DENUNCIANTE	ACLARACIÓN

0620GMED 06/2020.