

### Datos del Asegurado

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

### Datos del Siniestro

Fecha del Robo: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Horario del Robo: \_\_\_ : \_\_\_ Lugar del siniestro: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Estimación del Robo: \$ \_\_\_\_\_  
 Relato de lo sucedido: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Detalle de elementos personales sustraídos en el siniestro: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Personas enteradas del hecho

| APPELLIDO Y NOMBRES | RELACIÓN | TELÉFONO DE CONTACTO |
|---------------------|----------|----------------------|
|                     |          |                      |
|                     |          |                      |

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

| MES | AÑO | COMPAÑÍA | TIPO DE SINIESTRO | INDEMNIZACIÓN | MOTIVO DEL RECHAZO |
|-----|-----|----------|-------------------|---------------|--------------------|
|     |     |          |                   |               |                    |
|     |     |          |                   |               |                    |

### Otras coberturas vigentes sobre Hogar / objetos específicos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTE FORMULARIO DEBERÁ PRESENTARSE CON LA COPIA DE LA DENUNCIA POLICIAL, FOTOCOPIA DE LA 1ER Y 2DA HOJA DEL DNI O CONSTANCIA DE SU TRAMITACIÓN O CONSTANCIA DE HABER DENUNCIADO SU PERDIDA COMO CONSECUENCIA DEL HECHO QUE SE DENUNCIA, COPIA DE LA FACTURA DE COMPRA DEL BIEN AFECTADO U OTRO ELEMENTO QUE ACREDITE LA PREEXISTENCIA DEL MISMO. ESTA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR EL ORIGINAL DE LA DOCUMENTACIÓN ENUNCIADA.

### En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización:

Banco \_\_\_\_\_ N° de cuenta: \_\_\_\_\_ CA  CC   
 CBU N° (22 digitos): \_\_\_\_\_

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<br><br>FECHA ___ / ___ / ___ | FIRMA | ACLARACIÓN |
|------------------------------------|-------|------------|