

Datos del Damnificado

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

En caso de corresponder:

Vehículo marca/modelo/tipo: _____ Dominio: _____
 Asegurado en: _____ Póliza N°: _____

Datos del Siniestro

Marcar lo que corresponda: Muerte / Invalidez Total y Permanente Lesiones Daños Materiales
 Fecha del Siniestro: ___ / ___ / ___ Hora: ___ : ___ Lugar del Siniestro: _____
 Nombre y Apellido del conductor: _____
 DNI/CUIL: _____
 Correo electrónico: _____
 Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____
 Relato de lo sucedido: _____

Datos recolectados del Asegurado de Colón: _____

Documentación que debo acompañar al presente (de forma completa) :

1. Copia de la denuncia policial o municipal (en caso de corresponder)
2. Copia de la licencia de conducir.
3. Copia de Tarjeta Verde o cédula de identificación vehicular o boleto de compra-venta certificado que acredite la propiedad del bien.
4. Certificado de Cobertura de Seguros original y vigente a la fecha del siniestro. (extendida por vuestra Cía. de Seguros) . Si posee cobertura de daños parciales debe presentar Carta de Franquicia.
5. Copia sellada de la denuncia administrativa efectuada en vuestra Cía. de Seguros.
6. Fotografía de los daños ocasionados.
7. Dos presupuestos de taller indicado por la compañía (Obligatorio).

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).

<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>
---	--	---