

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F DNI N°: _____
N° de póliza: _____ Nacionalidad: _____
Fecha de nacimiento: __ / __ / __ Estado civil: _____
Último domicilio: Calle: _____ N°: _____ 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 N°: _____
Relación con el asegurado: _____ Fecha de nacimiento: __ / __ / __
Estado civil: _____ Domicilio: Calle: _____
N°: _____ 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"

1123GMED 11/2023

LUGAR		
FECHA __ / __ / __	FIRMA DEL DENUNCIANTE	ACLARACIÓN