

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: _____
 N° de Matrícula Nacional: _____ N° 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).

1123DEN 11/2023

LUGAR	FIRMA	ACLARACIÓN
FECHA ___ / ___ / ___		