

Póliza N°: _____ Fecha de ocurrencia: ____ / ____ / ____ Hora de ocurrencia: ____ : ____

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: _____

Motivo de la Interrupción del Empleo

Despido Renuncia Otros especificar: _____
Si se trata de un despido informar si fue con causa o sin causa: _____

ESTA COMUNICACIÓN DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE LA COPIA DEL TELEGRAMA DE DESPIDO, COPIA DEL ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO Y LIQUIDACIÓN FINAL.

Datos del Empleador

Razón Social de la Empresa de la cual se lo desvincula: _____
Actividad Principal / Ramo: _____
Período de Relación Laboral: Desde: ____ / ____ / ____ Hasta: ____ / ____ / ____ Último día de trabajo: ____ / ____ / ____

Observaciones: _____

"TOMO EN CONOCIMIENTO QUE COLÓN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. SE ENCUENTRA FACULTADA A REQUERIRME TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DAR CUMPLIMENTO A LAS NORMAS LEGALES, Y LAS RELACIONADAS CON EL LAVADO DE DINERO (LEY 25.246, RESOLUCIÓN 126/2023 UIF Y COMPLEMENTARIAS), COMPROMETIÉNDOME A SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS INFORMATIVOS QUE A ESTOS EFECTOS ME FUENSEN SOLICITADOS. DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS FONDOS QUE UTILIZÓ/UTILIZARE 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 TUVERA ALGÚN FAMILIAR QUE REVISTIERA TAL CARÁCTER; CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS PREVISTOS EN LA RES. 35/2023 DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA (UIF). PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTA NORMATIVA, PUEDE CONSULTAR NUESTRA PÁGINA WEB COLON.SEG.AR O CONTACTARSE CON NUESTRO CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE."

LUGAR _____	FIRMA _____	ACLARACIÓN _____
FECHA ____ / ____ / ____		