

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

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).

"TOMO EN 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 126/2023 UIF Y COMPLEMENTARIAS), COMPROMETIÉNDOME A SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS INFORMATIVOS QUE A ESTOS EFECTOS ME FUESEN SOLICITADOS. DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS FONDOS QUE UTILIZÓ/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. 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."

0525DEN 05/2025

LUGAR FECHA ____ / ____ / ____	FIRMA	ACLARACIÓN
--	------------------	-----------------------