

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

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____
D.N.I./ L.E. / L.C.: _____ Edad: _____
Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____
Dpto.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____ Mail: _____
Domicilio laboral: Calle N°.: _____ Localidad: _____

Datos del Denunciante

Apellido y Nombres: _____
D.N.I./ L.E. / L.C.: _____ Edad: _____
Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____
Dpto.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____ Mail: _____
Domicilio laboral: Calle N°.: _____ Localidad: _____

Fallecimiento

Fecha del Siniestro: ____ / ____ / ____ Lugar del siniestro: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Causa: _____

Cobertura a denunciar

Sepelio Prestacional _____
Sepelio reintegro de gastos _____

IMPORTANTE: Esta denuncia deberá ser acompañada del Acta de Defunción (Certificada en Original) y Denuncia Policial (cuando el deceso haya ocurrido por causas que no sean naturales).

"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 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."

0525DEN 05/2025

LUGAR _____ FECHA ____ / ____ / ____	FIRMA DEL DENUNCIANTE _____	ACLARACIÓN DE FIRMA _____
--	--------------------------------	------------------------------