

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

DATOS DEL ASEGURADO:

Apellido y Nombres / Razón Social: _____

D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Domicilio: Calle: _____

Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____

E-Mail: _____

DATOS DEL DENUNCIANTE:

Apellido y Nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____

Edad: _____ Domicilio: Calle: _____

Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____

E-Mail: _____

Domicilio laboral: Calle Nº: _____ Localidad: _____

DATOS DEL SINIESTRO:

Lugar: _____

Relato de lo sucedido:

"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 FUERSEN 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."

LUGAR		FIRMA	ACLARACIÓN
FECHA ____ / ____ / ____			