

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

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: _____

Ocupación que tenía a la fecha de fallecimiento: _____

Nombre del contratante: _____

¿El Asegurado tiene pólizas de vida contratadas en otras compañías? SI ☐ NO ☐

¿En cuál / cuáles? Compañía: _____ Suma asegurada: \$ _____

Compañía: _____ Suma asegurada: \$ _____

Cobertura Denunciada (*) Adjuntar copia legalizada de la partida de defunción.

☐ Muerte - Causa: _____

☐ Muerte Accidental (*) Adjuntar copia del Sumario Judicial.

Datos del Denunciante

Apellido y Nombres: _____

Sexo: M ☐ F ☐ DNI/CUIL: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Relación con el Asegurado: _____ Estado civil: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____

Celular: (_____) _____

Correo electrónico: _____

¿Conocía usted la existencia del Seguro? SI ☐ NO ☐ ¿Desde cuándo? _____

¿Es Beneficiario del Seguro? SI ☐ NO ☐ ¿Desde cuándo? _____

Detalle del Siniestro

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ Lugar donde ocurrió el siniestro: _____

Breve descripción del hecho ocurrido:

(*) Para agilizar la tramitación del beneficio, quien haya sido designado Beneficiario deberá adjuntar: copia de la 1ª y 2ª hoja del DNI y una nota detallando la modalidad de cobro que desea:

"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), COMPROMETIÉNDOSE 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 DEL DENUNCIANTE _____	ACLARACIÓN DE FIRMA _____
--	--------------------------------	------------------------------