

Formulario de Denuncia de Siniestro

Seguro de Armas de Fuego

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: _____

Datos del Siniestro Robo Accidente

Fecha de ocurrencia: ____ / ____ / ____ Horario: ____ : ____ Lugar del hecho: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ Estimación del daño: \$ _____
 Relato de lo sucedido: _____

Datos del bien Siniestrado

Tipo de Arma: _____ Marca: _____
 Modelo: _____ Calibre: _____ N°: _____

Personas enteradas del hecho

APELLIDO Y NOMBRES	RELACIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO

¿Ha tenido usted siniestros anteriores por los cuales realizó denuncias a esta u otras Compañías?

MES	AÑO	COMPAÑÍA	TIPO DE SINIESTRO	INDEMNIZACIÓN	MOTIVO DEL RECHAZO

ESTE FORMULARIO DEBERÁ PRESENTARSE CON LA COPIA DE LA DENUNCIA POLICIAL, FOTOCOPIA DE LA 1ER Y 2DA HOJA DEL DNI O CONSTANCIA DE SU TRAMITACIÓN O CONSTANCIA DE HABER DENUNCIADO SU PERDIDA COMO CONSECUENCIA DEL HECHO QUE SE DENUNCIA, COPIA DE LA FACTURA DE COMPRA DEL BIEN AFECTADO U OTRO ELEMENTO QUE ACREDITE LA PREEXISTENCIA DEL MISMO. ESTA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR EL ORIGINAL DE LA DOCUMENTACIÓN ENUNCIADA.

En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización:

Banco _____ N° de cuenta: _____ CA CC
 CBU N° (22 dígitos): _____

AUTORIZO A COLÓN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. A SOLICITAR CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTA SOLICITUD. TOMO 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 32/2011 UIF Y VINCULADAS), COMPROMETIÉNDOME A SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS INFORMATIVOS QUE A ESTOS EFECTOS ME FUEREN SOLICITADOS. DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS FONDOS QUE UTILIZO/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. 11/2011 DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA (UIF).

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