

DATOS DEL ASEGURADO

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

Domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

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

E-Mail: _____

Motovehículo marca / modelo: _____ Dominio: _____

Póliza Nº: _____

¿Es el conductor? SI NO

DATOS DEL CONDUCTOR (No completar si es el propietario)

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

Domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

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

E-Mail: _____

Registro Nº: _____ Dominio: _____

Póliza Nº: _____ Vencimiento: _____

¿Se realizó test de alcoholemia? SI NO

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Calles: _____

Marcar lo que corresponda:

Daños materiales Lesiones Destrucción total Robo total

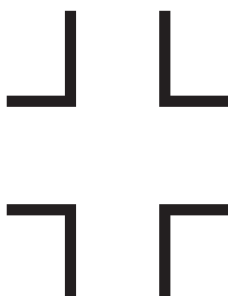
Período del día: Diurno Nocturno

Estado del tiempo: Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve

Datos de la motocicleta: _____

CROQUIS

DETALLE DEL SINIESTRO



DETALLE DE VEHÍCULOS DE TERCEROS

Marca: _____ Modelo: _____ Dominio: _____ Año: _____
Detalle los daños del vehículo: _____

PROPIETARIO

Apellido y Nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Edad: _____
Domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Código Postal: _____ Teléfonos: (____) _____ / (____) _____
E-Mail: _____

¿Se realizó test de alcoholemia? SI NO

DATOS DEL CONDUCTOR (No completar si es el propietario)

Apellido y Nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Edad: _____
Domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Código Postal: _____ Teléfonos: (____) _____ / (____) _____
E-Mail: _____

Registro Nº: _____ Vencimiento: _____

¿Se realizó test de alcoholemia? SI NO

DAÑOS MATERIALES A COSAS

Apellido y Nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Edad: _____
Domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Código Postal: _____ Teléfonos: (____) _____ / (____) _____
Detalle los daños: _____

LESIONADOS

1)

Acompañante Tercero (en caso de ser acompañante indicar parentesco) _____

Apellido y Nombres: _____ D.N.I / L.E. / L.C.: _____ Edad: _____
Domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Código Postal: _____ Teléfonos: (____) _____ / (____) _____

¿Se realizó test de alcoholemia? SI NO

Tipo de lesiones: Leves Graves Mortal

2)

Acompañante Tercero (en caso de ser acompañante indicar parentesco) _____

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

Domicilio: Calle: _____ Nº: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

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

¿Se realizó test de alcoholemia? SI NO

Tipo de lesiones: Leves Graves Mortal

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 FUESEN 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).

1122MOTO 11/2022

LUGAR		
FECHA ____ / ____ / ____	FIRMA	ACLARACIÓN