

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: _____

Motivo de la Interrupción del Empleo

Despido Renuncia Otros especificar: _____

Si se trata de un despido informar si fue con causa o sin causa: _____

ESTA COMUNICACIÓN DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE LA COPIA DEL TELEGRAMA DE DESPIDO, COPIA DEL ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO Y LIQUIDACIÓN FINAL.

Datos del Empleador

Razón Social de la Empresa de la cual se lo desvincula: _____
Actividad Principal / Ramo: _____
Período de Relación Laboral: Desde: ___ / ___ / ___ Hasta: ___ / ___ / ___ Último día de trabajo: ___ / ___ / ___

Observaciones:

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).

11/23DEN 22/2023

LUGAR FECHA ___ / ___ / ___	FIRMA	ACLARACIÓN
------------------------------------	-------	------------