

Póliza N°: Fecha de Denuncia: / / Fecha del Siniestro: / /

Lea cuidadosamente la información solicitada y responda TODAS las preguntas, con la mayor claridad y amplitud posible. De faltar alguna respuesta, provocará la demora del trámite. (!) Verificar en las condiciones de la póliza, si se ha contratado el hecho que se denuncia. Para que la póliza este vigente, no deberá registrar deuda.

Datos del Asegurado

 Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ (!) Adjuntar copia
 Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____ Nacionalidad: _____
 Domicilio: _____ Estado Civil: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____
 Teléfono Particular: (_____) _____ E-mail: _____
 Ocupación que tenía en la fecha que solicitó el Seguro: _____
 Si la hubiera cambiado, Nueva ocupación: _____ ¿Desde Cuándo? _____

Tomar los datos de la partida de Nacimiento u otro documento fehaciente.

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Se debe adjuntar testimonio de la Partida de Nacimiento u otro documento fehaciente, si la edad del Asegurado no hubiera sido probada con anterioridad ante la Compañía.

¿El asegurado tiene pólizas de vida contratadas en otras Compañías? Sí No

¿En cuál? _____ Suma asegurada: \$ U\$S _____

Siniestro que se denuncia *Completar, de corresponder, el formulario conforme al siniestro denunciado según su codificación.*

 Titular Cónyuge Hijo Otro

 FALLECIMIENTO Causa: Completar y adjuntar el formulario COM-101

 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD Completar y adjuntar el formulario COM-106

 INVALIDEZ TOTAL / PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Completar y adjuntar el formulario COM-106

 GASTOS DE SEPELIO Adjuntar Factura del Gasto y completar Forma de Cobro

 ENFERMEDAD CRÍTICA Y TRASPLANTE Completar y adjuntar el formulario COM-109

Datos del Denunciante

 Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F

 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ (!) Adjuntar copia Fecha de Nacimiento: _____

 Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____ Estado Civil: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Teléfono Particular - Completar en forma obligatoria, a fin de agilizar la tramitación de la Denuncia de Siniestro. (_____) _____

Email: _____

Actividad/Ocupación: _____ Vínculo con el Asegurado: _____

 ¿Conocía Ud. la existencia del Seguro? Sí No ¿Desde cuándo? _____

 ¿Es beneficiario del seguro? Sí No ¿Desde cuándo? _____

 ¿Acompaña documentación de la designación? Sí No ¿Cuál? Form. de designación de la Compañía. Otros _____

Lugar y Fecha: _____

 Firma y Aclaración del Denunciante

Póliza N°
Datos para el cobro
BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra: Titular del interés asegurado Beneficiario designado/Apoderado Heredero legal
 Cesionario de los derechos de la póliza:

Apellido y Nombres: _____ Vínculo con el Asegurado: _____

 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ (!) Adjuntar copia

 Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____ Teléfono : (_____) _____

Motivo de la Cesión: _____ E-Mail: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

FORMA DE COBRO (1) Acreditación por CBU

 Banco: BNA Otro: _____ Tipo de cuenta: Caja de Ahorros Cuenta Corriente N°: _____

CBU N°: _____ Sucursal: _____ Código: _____

BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra: Titular del interés asegurado Beneficiario designado/Apoderado Heredero legal

 Cesionario de los derechos de la póliza:

Apellido y Nombres: _____ Vínculo con el Asegurado: _____

 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ (!) Adjuntar copia

 Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____ Teléfono : (_____) _____

Motivo de la Cesión: _____ E-Mail: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

FORMA DE COBRO (1) Acreditación por CBU

 Banco: BNA Otro: _____ Tipo de cuenta: Caja de Ahorros Cuenta Corriente N°: _____

CBU N°: _____ Sucursal: _____ Código: _____

BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra: Titular del interés asegurado Beneficiario designado/Apoderado Heredero legal

 Cesionario de los derechos de la póliza:

Apellido y Nombres: _____ Vínculo con el Asegurado: _____

 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ (!) Adjuntar copia

 Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____ Teléfono : (_____) _____

Motivo de la Cesión: _____ E-Mail: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

FORMA DE COBRO (1) Acreditación por CBU

 Banco: BNA Otro: _____ Tipo de cuenta: Caja de Ahorros Cuenta Corriente N°: _____

CBU N°: _____ Sucursal: _____ Código: _____

(1) Autorizo a Nación Seguros S.A a acreditar en mi cuenta bancaria el importe determinado por esa Aseguradora, que me corresponde en mi carácter de beneficiario, en concepto de Indemnización total y definitiva según la aplicación de las Condiciones de Póliza. Exonerando a la Compañía de toda responsabilidad ulterior, no teniendo nada más que reclamar por ningún otro concepto, sirviendo tal acreditación en cuenta de suficiente recibo cancelatorio.

En caso de no poseer cuenta bancaria, al momento del pago la Compañía se contactará con ud.

DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias, en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 21, inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

Conforme lo establecido en el Art. N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Denunciante

Firma y Aclaración Beneficiario

Firma y Aclaración Beneficiario

Firma y Aclaración Beneficiario