

Póliza N°: _____ Siniestro N°: _____ Fecha de Denuncia: ____ / ____ / _____

Fecha del Siniestro: ____ / ____ / _____ Hora: ____:____ Diurno Nocturno

■ **DATOS DEL ASEGURADO**

Razón Social: _____ CUIT: ____-____-____-____-____

Domicilio: Calle _____ N°: _____ Piso: ____ Dpto.: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____ Provincia: _____

País: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

■ **DATOS DEL SINIESTRO** (marcar con X)

Cobertura(s) afectada (s):

- | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
| Choque <input type="checkbox"/> | Vuelco <input type="checkbox"/> | Incendio <input type="checkbox"/> | Desbarrancamiento <input type="checkbox"/> |
| Robo <input type="checkbox"/> | Hurto <input type="checkbox"/> | Falta de Entrega <input type="checkbox"/> | Desaparición <input type="checkbox"/> |
| Carga y descarga <input type="checkbox"/> | Rotura <input type="checkbox"/> | Mojadura <input type="checkbox"/> | Otra <input type="checkbox"/> _____ |

Lugar del siniestro: Calle: _____ N°: _____

Intersección de /Entre: _____ y _____

Ruta N°: ____ Km: ____ Nacional: Provincial: Cruce con ruta N°: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

¿Realizó Denuncia Policial? Sí No Seccional N°: _____ Localidad: _____

Dpto./Part. _____ Provincia: _____

¿Realizó Denuncia en Juzgado? Sí No Juzgado N°: _____ Secretaría: _____

Jurisdicción: _____ Fuero: _____

■ **DATOS DE LA MERCADERÍA** (marcar con X)

Tipo de Mercadería:

- | | | |
|--|---|--|
| Alimentos <input type="checkbox"/> | Automotores <input type="checkbox"/> | Materiales de la Construcción <input type="checkbox"/> |
| Textiles <input type="checkbox"/> | Farmacéuticos y Perfumería <input type="checkbox"/> | Otros Productos Terminados <input type="checkbox"/> |
| Productos Minerales <input type="checkbox"/> | Materias Agrícolas, Ganaderas <input type="checkbox"/> | Otro _____ |
| Paquetería <input type="checkbox"/> | Electrodomésticos y Electrónicos <input type="checkbox"/> | |

Detalle: _____

Valor Total Mercadería: _____ Valor Pérdida/Daño: _____

Dador de la carga Razón Social: _____ CUIT: _____

Domicilio de carga: _____ Código Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Destinatario de la carga Razón Social: _____ CUIT: _____

Domicilio de destino: _____ Código Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

■ **DATOS DEL VEHÍCULO TRANSPORTADOR DE LA MERCADERÍA**

Transportista: Razón Social: CUIT: () - () - () - () - ()
Domicilio: Calle Nº: Piso: () Dpto.:
Localidad: Código Postal: () Provincia:
País: Teléfono: (()) () - ()
Camión: Nº R.U.T.A. Dominio: Nº Motor: Nº Chasis:
Año: () Marca: Modelo:
Asegurado en: Póliza Nº:
Acoplado: Marca Fábrica Nº: Dominio: Año: ()
Asegurado en: Póliza Nº:

■ **DATOS DE LA EMPRESA DE SEGURIDAD**

Custodia: Acompañamiento vehicular Custodia armada
Razón Social: CUIT: () - () - () - () - ()
Domicilio: Localidad: Código Postal: ()
Provincia: País: Teléfono: (()) () - ()
Seguimiento Satelital: Sí No
Razón Social: CUIT: () - () - () - () - ()
Domicilio: Localidad: Código Postal: ()
Provincia: País: Teléfono: (()) () - ()
Geolocalizador en Tractor: Sí No Geolocalizador en Acoplado: Sí No Geolocalizador en Mercadería: Sí No
Alarmas: Apertura Cabina Apertura Carga Desenganche

■ **DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO TRANSPORTADOR**

Apellido y Nombres: Fecha de Nacimiento: () / () / ()
Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. () . () . ()
Domicilio: Localidad: Código Postal: ()
Provincia: País: Teléfono: (()) () - ()
Registro Nº: Vencimiento: () / () / () Lic. Nac. Antigüedad Empresa
Lic. Nac. Habilitante Nº: Vencimiento: () / () / ()

■ **DOCUMENTACIÓN ADJUNTA** (marcar con X)

Denuncia Policial Carta de Porte Tickets de Pesaje Inicial y/o Final Fotocopia DNI del Chofer
Fotos del Evento Factura y/o Remitos Fotocopia de Registro Otra
Documentación probatoria de la existencia de la mercadería

■ **DATOS DEL DENUNCIANTE**

Apellido y Nombres: Carácter del Denunciante:
Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. () . () . ()
Domicilio: Localidad: Código Postal: ()
Provincia: País: Teléfono: (()) () - ()

■ DESCRIPCIÓN DEL HECHO (marcar con X)

El vehículo se encontraba: circulando detenido en depósito en destino

Robo camión Sí No ¿apareció? Sí No

Robo mercadería Sí No ¿apareció? Sí No

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En caso de robo completar:

El conductor: ¿fue obligado a detenerse? ¿fue encerrado? ¿fue apuntado con un arma? ¿fue obligado a bajar del vehículo?

¿fue privado de la libertad? ¿fue llevado hasta un determinado lugar en el mismo vehículo?

¿fue llevado hasta un determinado lugar en otro vehículo? ¿fue dejado en el lugar del siniestro?

¿circuló en el vehículo robado privado de la libertad?

■ DATOS PARA EL COBRO

1- ■ **Beneficiario.** Calidad bajo la cual cobra:

Titular del interés asegurado Tercero damnificado Beneficiario designado/Apoderado Heredero legal

Cesionario de los derechos de la póliza: Apellido y Nombres:

Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. . . . (!) Adjuntar copia

Motivo de la Cesión:

Vínculo con el Asegurado: Teléfono: ()

2- ■ **Forma de Cobro.**

Efectivo Cheque Acreditación CBU

Banco: BNA - Sucursal de Cobro: Código de la Sucursal:

Otro:

Tipo de cuenta: Caja de Ahorros Cuenta Corriente Número de cuenta:

Número de CBU: (!) Adjuntar copia.

En cumplimiento del régimen vigente en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero, dejo expresa constancia con carácter de DECLARACIÓN JURADA que los fondos con los que opero son provenientes de ACTIVIDADES LÍCITAS y se originan en (*)..... según lo establecido en la Ley N° 25.246.

También DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero.

A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por el Anexo I de la Resolución N° 50/2008 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 encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 50/2008 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

(*) Indicar actividad laboral/ comercial.

Recibido por: (con sello de recepción)

FIRMA Y ACLARACION DEL DENUNCIANTE

(!) El presente reclamo debe ser remitido a Nación Seguros S.A. Subgerencia de Reclamaciones, San Martín 913 (C1004AAS) Capital Federal. Asimismo, puede ser su envío adelantado al fax 0810-555-7247, a fin que la Aseguradora tome inmediato conocimiento del suceso.