

Póliza Nro. \_\_\_\_\_

**Datos del Contratante**

Establecimiento o Razón Social: \_\_\_\_\_

Identificación Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Datos del Asegurado**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

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

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Motivo de la internación****Tipo de Internación:**  Hospitalaria  Domiciliaria **Motivo de Internación:**  Enfermedad  Accidente

Por causa accidental, indicar lugar, fecha y hora: \_\_\_\_\_

Detalle de lo sucedido: \_\_\_\_\_

**Datos a Completar por el Médico Tratante:****INTERNACIÓN HOSPITALARIA** Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

Lugar de la Internación: \_\_\_\_\_

**INTERNACIÓN DOMICILIARIA** Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Alta: \_\_\_\_\_

Lugar de la Internación: \_\_\_\_\_

Indique la enfermedad o lesión que origino la internación: \_\_\_\_\_

Indique **si** la enfermedad o lesión es:  Definitiva  Recuperable

Diagnostico: (Enfermedad y/o Accidente): \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Estudios realizados: \_\_\_\_\_

Tratamientos realizados: \_\_\_\_\_

Evolución: \_\_\_\_\_

Firma del Médico

Matrícula Nacional

Matrícula Provincial

Póliza Nro. \_\_\_\_\_

**Indique si influyó en la enfermedad o accidente, directa o indirectamente:**

El abuso de alcohol, drogas o psicofármacos  La práctica de algún deporte  El desempeño de su actividad laboral  Autoagresión

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATOS DEL MÉDICO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ Teléfono Particular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Observaciones adicionales: \_\_\_\_\_

**Beneficiarios del Seguro**Carácter del Beneficiario:  Asegurado  Padre  Madre  Tutor  Contratante

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**De mi mayor consideración:**

**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. La acreditación de la suma liquidada en la cuenta denunciada servirá de suficiente recibo cancelatorio del importe depositado, no teniendo nada más que reclamar por ningún otro concepto.**

**DATOS DE LA CUENTA**

Banco: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Caja de Ahorro \$  Cuenta Corriente \$  Caja de Ahorro U\$S  Cuenta Corriente U\$SN° de cuenta: \_\_\_\_\_ CBU N° (22 dígitos): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*(!) La cuenta debe estar a nombre del beneficiario.**Adjuntar resumen de extracto bancario, impresión de internet o ticket de cajero automático donde figure el CBU y el titular de la cuenta. Dicho medio de pago no implicará exclusión de otros medios de pago que a criterio de Nación Seguros S.A., resulten adecuados.***Requisitos Generales a Presentar**

Nación Seguros S.A. podrá solicitar documentación adicional, conforme la facultad conferida por el Art. N° 46 2° párrafo de la Ley de Seguros N° 17.418, motivo por el cual quedará interrumpido el plazo para que se expida la aseguradora.

- Fotocopia del DNI del asegurado y beneficiarios.
- Fotocopia de las actuaciones policiales (en caso de haberse labrado).
- Fotocopia de la Historia Clínica completa y estudios respecto a lesiones sufridas indicando fecha de ingreso y egreso de la Internación.
- Fotocopia de las prescripciones médicas.

**EN CASO DE PERTENECER A UNA EMPRESA/COOPERATIVA/MUTUAL, ADJUNTAR:**

- Último recibo de sueldo y certificado de trabajo.

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 Asegurado\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Contratante