



<b>Tipo de Seguro:</b> <input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Seguro de Retiro <input type="checkbox"/> Seg.Patrimoniales	<b>Solicitud N°</b> <input type="text"/>	<b>Póliza</b> <input type="text"/>	<b>Certificado</b> <input type="text"/>
	<b>Producto:</b> <input type="text"/>		<b>Ramo:</b> <input type="text"/>

En caso de necesitar algún dato adicional, comunicarse al 0800-888-9908.

Conforme lo establecido por la Unidad de Información Financiera, en los casos que corresponda, se solicitará la integración del Formulario: **COM-119 Requerimiento de Datos UIF**- y la información complementaria detallada en el mismo, el cual se encuentra a disposición en las oficinas de la compañía o puede ser consultado desde el sitio web: [www.nacion-seguros.com.ar](http://www.nacion-seguros.com.ar)

**Asegurado** (!) Para que el presente formulario pueda ser procesado se deberán completar la totalidad de los datos del asegurado

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

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

**Datos del Tomador**

Apellidos y Nombres / Razón Social: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Cambio de Cuenta**

**Modificación NO admitida para la póliza 1001.**

**Para las pólizas 1011, 1012, 1242, 1243, 1244, 1245 sólo se aceptarán cuentas en pesos pertenecientes al BNA.**

**DÉBITO EN CUENTA:**  Caja de Ahorro  Cuenta Corriente N° \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ CBU: \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar constancia.

**TARJETA DE CRÉDITO (\*):**  Visa  Mastercard  Nativa  Otra \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

(\*) Únicamente tarjetas de crédito habilitadas por Nación Seguros S.A. en el momento de la contratación. Vencimiento: \_\_\_\_\_ Banco Emisor: \_\_\_\_\_

**PERIODICIDAD:**  Mensual  Bimestral  Trimestral  Anual (de acuerdo a las condiciones del producto)

**DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO/CUENTA PAGADORA (1)** (Completar si el Titular de la Tarjeta/Cuenta fuera diferente al Solicitante)

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Documento:  DNI  LC  LE  CI Mercosur Nro. \_\_\_\_\_

Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo a Nación Seguros S.A, en mi carácter de titular, a que se debiten mensualmente de mi Cuenta Corriente, Caja de ahorro, Recibo de Haberes, o de mi Tarjeta de Crédito, el importe correspondiente al costo del/los presente/s seguro/s. Queda entendido que dicho seguro se mantendrá vigente mientras se pague en término el resumen de mi tarjeta o disponga saldo acreedor en las cuentas bancarias informadas en la presente para realizar el correspondiente débito o bien se realice efectivamente el descuento del premio del recibo de haberes. La falta de descuento mediante las formas de pago específicas obliga al asegurado a hacer efectivo en término el seguro en el domicilio del Tomador a fin de mantener su vigencia. Asimismo el Asegurado asume la obligación de informar al Tomador o a Nación Seguros S.A cualquier modificación de datos o medios de pago elegidos.

**Cambio de Domicilio**

Legal  Correspondencia Domicilio: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_

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

**Modalidad de envío de Póliza/Certificado:**

(\*) Al domicilio del Asegurado  A través del Tomador / Contratante  (\*) A través del Agente / Productor

(\*) A la dirección de E-mail indicada a continuación: \_\_\_\_\_ El asegurado o tomador podrá solicitar en cualquier momento a la aseguradora un ejemplar en original de la presente documentación.

(\*) Opciones no aplicables a seguros de Saldo Deudor

**Modificación de Sucursal BNA de Cobro de Rentas** (sólo aplicable a Seguros de Retiro)

Sucursal BNA actual: \_\_\_\_\_ Código de Sucursal BNA: \_\_\_\_\_

Sucursal BNA nueva: \_\_\_\_\_ Código de Sucursal BNA: \_\_\_\_\_

**Suspensión de los Débitos** (sólo aplicable a Seguros de Retiro)

Tiempo:  Hasta nuevo aviso  Hasta : \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

**Aumentos de Prima** (sólo aplicable a Seguros de Retiro)

Importe actual: \_\_\_\_\_ Nuevo importe: \_\_\_\_\_

*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](http://www.uif.gov.ar).*

*Conforme lo establecido en el Art. 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: \_\_\_\_\_

Código de sucursal BNA: \_\_\_\_\_

Teléfono / Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Solicitante

\_\_\_\_\_  
( 1 ) Firma y aclaración del titular de la tarjeta/cuenta  
*En caso que fuera distinto al solicitante.*

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del personal interviniente