

Póliza Nro. \_\_\_\_\_

**Datos del Contratante**

Establecimiento o Razón Social: \_\_\_\_\_  
Domicilio real: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**Datos del Accidente**

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Detalle de lo sucedido: (Detalle de la tarea que estaba realizando al momento de ocurrir el accidente) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DETALLE DE LA LESIÓN**

Parte del cuerpo lesionada: \_\_\_\_\_ Tipo de lesión  Definitiva  Recuperable  
Descripción de la lesión: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE PERTENECER A UN ESTABLECIMIENTO ESCOLAR, INDICAR:**

Condición del Alumno: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ División \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ Período Escolar: \_\_\_\_\_  
Escuela N° \_\_\_\_\_ Distrito Escolar \_\_\_\_\_ Autoridad escolar certificante: \_\_\_\_\_

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

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

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

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: \_\_\_\_\_

**importe Reclamado:** \_\_\_\_\_**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\$SNº de cuenta: \_\_\_\_\_ CBU Nº (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. 46 2º párrafo de la Ley de Seguros Nº 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)
- 
- Facturas originales de los gastos realizados
- 
- 
- Fotocopia de la Historia Clínica completa y estudios respecto a lesiones sufridas
- 
- Fotocopia de las prescripciones médicas/recetas

**EN CASO DE PERTENECER A UN ESTABLECIMIENTO ESCOLAR, ADJUNTAR:**

- 
- Acta Escolar - Copia Certificada
- 
- Certificado de Escolaridad - Original
- 
- 1º y 2º hoja del DNI de la persona que reclama el reintegro - Copia Simple
- 
- 
- Acta de Nacimiento del Alumno - Copia Certificada

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

- 
- Último recibo de sueldo y certificado de trabajo

**Declaración jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente**Quien suscribe, \_\_\_\_\_ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI  NO  (**Tildar lo que corresponda**) se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera.*En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo:*

Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

**Importante:** Presente los comprobantes de pago pertinentes, con fecha de emisión e importes parciales y totales, acompañados siempre por la receta suscripta por el profesional médico interviniente, e incorpore a la misma una descripción o detalle del gasto. Las facturas deben ser extendidas a nombre y apellido del beneficiario y firmadas por éste. Toda documentación presentada debe ser visada y sellada por la autoridad escolar certificante / contratante, condición necesaria e indispensable para iniciar los trámites inherentes a esta cobertura así como cualquier reclamo posterior que hubiere.

Conforme lo establecido en el Art. Nº 14, inciso 3 de la Ley Nº 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 Nº 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