

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: _____

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

Firma del Médico Matrícula Nacional Matrícula Provincial

Póliza Nro. _____

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\$S
Nº 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