

Póliza N°:  Fecha de Denuncia:  Fecha del Siniestro:

Lea cuidadosamente la información solicitada y responda TODAS las preguntas, con la mayor claridad y amplitud posible. De faltar alguna respuesta, provocará la demora del trámite. (!) Verificar en las condiciones de la póliza, si se ha contratado el hecho que se denuncia. Para que la póliza este vigente, no deberá registrar deuda.

### Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

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

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

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

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

Ocupación que tenía en la fecha que solicitó el Seguro: \_\_\_\_\_

Si la hubiera cambiado, Nueva ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Desde Cuándo? \_\_\_\_\_

#### Tomar los datos de la partida de Nacimiento u otro documento fehaciente.

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Se debe adjuntar testimonio de la Partida de Nacimiento u otro documento fehaciente, si la edad del Asegurado no hubiera sido probada con anterioridad ante la Compañía.

¿El asegurado tiene pólizas de vida contratadas en otras Compañías?  Sí  No

¿En cuál? \_\_\_\_\_ Suma asegurada:  \$  U\$S \_\_\_\_\_

### Siniestro que se denuncia Completar, de corresponder, el formulario conforme al siniestro denunciado según su codificación.

Titular  Cónyuge  Hijo  Otro

**FALLECIMIENTO** Causa:  Completar y adjuntar el formulario COM-101

**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD** Completar y adjuntar el formulario COM-106

**INVALIDEZ TOTAL / PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE** Completar y adjuntar el formulario COM-106

**GASTOS DE SEPELIO** Adjuntar Factura del Gasto y completar Forma de Cobro

**ENFERMEDAD CRÍTICA Y TRASPLANTE** Completar y adjuntar el formulario COM-109

**ALTA COMPLEJIDAD MÉDICA** Completar y adjuntar el formulario COM-109

### Datos del Denunciante

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

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

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

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

**Teléfono Particular - Completar en forma obligatoria, a fin de agilizar la tramitación de la Denuncia de Siniestro.** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Actividad/Ocupación: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Asegurado: \_\_\_\_\_

¿Conocía Ud. la existencia del Seguro?  Sí  No ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Es beneficiario del seguro?  Sí  No ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Acompaña documentación de la designación?  Sí  No ¿Cuál?  Form. de designación de la Compañía.  Otros \_\_\_\_\_

### Observaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Denunciante

## Datos para el cobro

Póliza N°

**BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra:**  Titular del interés asegurado  Beneficiario designado/Apoderado  Heredero legal Cesionario de los derechos de la póliza:

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copiaIdentificación Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Motivo de la Cesión: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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

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

**FORMA DE COBRO (1)  Acreditación por CBU**Banco:  BNA  Otro: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:  Caja de Ahorros  Cuenta Corriente N°: \_\_\_\_\_

CBU N°: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra:**  Titular del interés asegurado  Beneficiario designado/Apoderado  Heredero legal Cesionario de los derechos de la póliza:

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copiaIdentificación Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Motivo de la Cesión: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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

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

**FORMA DE COBRO (1)  Acreditación por CBU**Banco:  BNA  Otro: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:  Caja de Ahorros  Cuenta Corriente N°: \_\_\_\_\_

CBU N°: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra:**  Titular del interés asegurado  Beneficiario designado/Apoderado  Heredero legal Cesionario de los derechos de la póliza:

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Vínculo con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copiaIdentificación Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro. \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Motivo de la Cesión: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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

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

**FORMA DE COBRO (1)  Acreditación por CBU**Banco:  BNA  Otro: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:  Caja de Ahorros  Cuenta Corriente N°: \_\_\_\_\_

CBU N°: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

**Declaración jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente**

Quien suscribe \_\_\_\_\_ declara bajo juramento que los datos consignados en el presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI  NO  (*Tildar lo que corresponda*) se encuentra 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.

(1) 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. Exonerando a la Compañía de toda responsabilidad ulterior, no teniendo nada más que reclamar por ningún otro concepto, sirviendo tal acreditación en cuenta de suficiente recibo cancelatorio.

Acepto que las notificaciones que fueran necesarias efectuarme por parte de Nación Seguros S.A. en cumplimiento de las previsiones del art. N° 46 inc. 2 de la Ley de Seguros N° 17.418, sean dirigidas al correo electrónico que denuncio en el presente. El mismo tendrá efecto de domicilio constituido a los efectos administrativos de la tramitación del expediente de denuncia de siniestro. La constancia de emisión y recepción de dicho correo que emita el sistema informático tendrá con relación a la aseguradora, efecto suspensivo de los plazos previstos por los arts. 51 y concordantes de la ley de Seguros N° 17.418."

En caso de no poseer cuenta bancaria, al momento del pago la Compañía se contactará con ud.

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 en 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 Artículo 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 Denunciante

Firma y Aclaración Beneficiario

Firma y Aclaración Beneficiario

Firma y Aclaración Beneficiario