

■ COBERTURA DENUNCIADA

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Incendio | <input type="checkbox"/> Integral de consorcio | <input type="checkbox"/> Rotura de cristales |
| <input type="checkbox"/> Robo/hurto | <input type="checkbox"/> Seguro técnico | <input type="checkbox"/> Responsabilidad civil |
| <input type="checkbox"/> Combinado familiar | <input type="checkbox"/> Integral de comercio | <input type="checkbox"/> Otro |

Indique el N° de póliza/s afectada/s a esta denuncia: Fecha de Denuncia: ___ / ___ / _____

■ DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres: Sexo: M F

Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. ___ . ___ . ___ (!) Adjuntar copia

Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / _____ País de Nacimiento:

Nacionalidad: Estado Civil:

Domicilio: Calle Nº: Piso: ___ Depto.:

Localidad: Código Postal: _____

Provincia: País:

Teléfono: (_____) _____ - _____ E-mail:

Profesión/Ocupación:

Tareas que desarrolla:

Apellido y Nombres del Cónyuge:

Documento del Cónyuge: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. ___ . ___ . ___

¿Existen otros seguros vigentes sobre los bienes afectados? Sí No

■ DETALLES DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia: ___ / ___ / _____ Hora: ___ : ___ .

Lugar del siniestro: Calle: Nº: Piso: ___ Depto.:

Localidad: Código Postal: _____

Provincia: País:

Relato de lo sucedido (incluyendo detalle de daños materiales, lesiones propias y/o a terceros):

.....
.....
.....
.....

■ CONSECUENCIAS Estimación del daño: \$ ___ . ___ . ___

Detalle de los bienes afectados y/o sustraídos:

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. | 11. | 21. |
| 2. | 12. | 22. |
| 3. | 13. | 23. |
| 4. | 14. | 24. |
| 5. | 15. | 25. |
| 6. | 16. | 26. |
| 7. | 17. | 27. |
| 8. | 18. | 28. |
| 9. | 19. | 29. |
| 10. | 20. | 30. |

■ **INTERVENCIÓN POLICIAL** Sí No

Comisaria N°:

N° de Acta:

Fecha de Denuncia: ____ / ____ / ____.

■ **INTERVENCIÓN DE BOMBEROS** Sí No

Cuartel N°:

N° de Acta:

■ **TERCEROS AFECTADOS**

1. Apellido y Nombres: Sexo: M F

Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. ____ . ____ . ____ (!) Adjuntar copia

Domicilio: N°: Piso: ____ Depto.:

Localidad: Provincia:

Código Postal: _____ País: Teléfono: (_____) _____ - _____

En qué aspecto ha sido afectado:

2. Apellido y Nombres: Sexo: M F

Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. ____ . ____ . ____ (!) Adjuntar copia

Domicilio: N°: Piso: ____ Depto.:

Localidad: Provincia:

Código Postal: _____ País: Teléfono: (_____) _____ - _____

En qué aspecto ha sido afectado:

■ **DATOS DEL DENUNCIANTE** (Completar en caso de que el Denunciante fuera diferente al Asegurado).

Apellido y Nombres: Sexo: M F

Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. ____ . ____ . ____ (!) Adjuntar copia

Vinculo con el Asegurado:

■ **DATOS PARA EL COBRO**

Sucursal BNA de Cobro:

Calidad bajo la cual cobra: Titular del interés asegurado Apoderado y/o representante legal Heredero legal

Cesionario de los derechos de la póliza: Apellido y Nombres:

Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. ____ . ____ . ____ Vínculo:

Motivo de la cesión:

En cumplimiento del régimen vigente en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero, dejo expresa constancia con carácter de DECLARACIÓN JURADA que los fondos con los que opero son provenientes de ACTIVIDADES LÍCITAS y se originan en (*)..... según lo establecido en la Ley N° 25.246.

También DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero.

A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por el Anexo I de la Resolución N° 50/2008 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 encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 50/2008 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

(*) Indicar actividad laboral/ comercial.

Recibido por: (con sello de recepción)

FIRMA Y ACLARACION DEL DENUNCIANTE

(!) El presente reclamo debe ser remitido a Nación Seguros S.A. Depto. de Reclamaciones, San Martín 913 (C1004AAS) Capital Federal. Asimismo, puede ser su envío adelantado al fax 0810-555-7247, a fin que la Aseguradora tome inmediato conocimiento del suceso.