

PÓLIZA N°: _____

DATOS DEL CONTRATANTEEstablecimiento o Razón Social: _____ Teléfono: (_____) _____
Domicilio: _____ Mail: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____**DATOS DEL ACCIDENTE**

Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Detalle de lo sucedido: *(Detalle de la tarea que estaba realizando al momento de ocurrir el accidente)* _____

_____**DETALLES DE LA LESIÓN**Parte del cuerpo lesionada: _____ Tipo de lesión: Definitiva Recuperable
Descripción de la lesión: _____

_____**DATOS DEL ASEGURADO**Nombre y Apellido: _____ Sexo: M F
Documento: DNI LC LE CI Mercosur Nro. _____ ⁽¹⁾ Adjuntar copia Fecha de Nacimiento: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Teléfono Particular: (_____) _____ Estado Civil: _____
Domicilio: _____ Mail: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____**EN CASO DE PERTENECER A UN ESTABLECIMIENTO ESCOLAR, INDICAR:**Condición del Alumno: _____ Grado: _____ División: _____ Turno: _____ Período Escolar: _____
Escuela N°: _____ Distrito escolar: _____ Autoridad escolar certificante: _____**BENEFICIARIOS DEL SEGURO**Carácter del Beneficiario: Asegurado Padre Madre Tutor Contratante
Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F
Documento: DNI LC LE CI Mercosur Nro. _____ Fecha de Nac.: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____
Mail: _____ Teléfono : (_____) _____
Importe Reclamado: _____ **Sucursal BNA de cobro:** _____**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 N° 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

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.*

Lugar y Fecha: _____

Firma y aclaración del Asegurado

Firma y aclaración del Contratante