

Aseguradora del Tercero: Póliza N°: Siniestro N°:

■ DATOS DEL SINIESTRO

Fecha del Siniestro: ___/___/_____ Hora: ___:___
 Estado del Tiempo: Diurno Nocturno Seco Lluvia Niebla Granizo Nieve
 ¿Se hizo denuncia en la policía?: Sí No Comisaría N°: Localidad:
 ¿Hubo actuación judicial? Sí No Juzgado N°: Causa N°:
 Lugar del hecho: Calle: N°
 Intersección de: y
 Ruta N°: ___ Km: ___ Nacional: Provincial: Cruce con ruta N°: ¿Cruce señalado? Sí No
 Localidad: Provincia: País:
 Cruce tren Barrera: Sí No ¿Cruce señalado? Sí No Estado de barrera: Semáforo: Sí No
 ¿Funciona? Sí No Intermitente Color: Tipo de calzada: Estado de calzada:

ASEGURADO

Apellido y Nombres/ Razón Social:
 Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur
 Nro. (!) Adjuntar copia
 I. Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro
 Domicilio:
 Localidad: Provincia:
 Código Postal: País:
 Teléfono: (.....)
 Lugar de Nacimiento:
 Fecha de Nacimiento: ___/___/_____
 Nacionalidad: Estado Civil:
 Actividad/Ocupación:

TERCERO

Propietario:
 Sexo: M F
 Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur
 Nro.
 Domicilio:
 Localidad:
 Provincia:
 Código Postal:
 País:
 Teléfono: (.....)
 Sexo: M F

CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

Apellido y Nombres: Sexo: M F
 Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur
 Nro.
 Domicilio:
 Teléfono: (.....)
 Localidad: Provincia:
 Código Postal: País:
 Estado Civil:
 Actividad/Ocupación:
 Edad: ___ Fecha de Nacimiento: ___/___/_____
 Registro N°: Categoría:
 Vencimiento: ___/___/_____
 Exámen de alcoholemia: Sí No Se negó.
 ¿Conductor habitual del vehículo? Sí No
 ¿Es el propio asegurado? Sí (Continuar en "Vehículo")
 No Relación con el asegurado:

CONDUCTOR DEL VEHICULO TERCERO

Exámen de alcoholemia: Sí No Se negó. ¿El conductor es el propietario? Sí (continuar en "Vehículo Tercero")
 No (completar la información que sigue)
 Apellido y Nombres: Sexo: M F
 Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur
 Nro.
 Domicilio:
 Teléfono: (.....)
 Localidad: Provincia:
 Código Postal: País:
 Estado Civil: Actividad/Ocupación:
 Edad: ___ Fecha de Nacimiento: ___/___/_____
 Registro N°: Categoría:
 Vencimiento: ___/___/_____
 ¿Conductor habitual del vehículo? Sí No

VEHICULO ASEGURADO

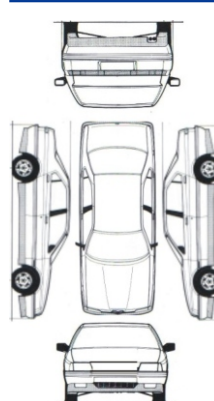
Marca: Modelo:
 Tipo: Dominio: Año:
 Color: Motor N°: Chasis N°:
 Antirrobo: Sí No Cristales grabados: Sí No
 Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Taxi o remis
 Transporte público Servicios de urgencia Fuerzas de seguridad
Cobertura afectada: Robo Parcial Total
 Incendio Parcial Total
 Daño Parcial Total

VEHICULO TERCERO

Marca: Modelo:
 Tipo: Dominio:
 Año: Color:
 Motor N°: Chasis N°:
 Asegurado en:
 Póliza N°:
 Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Taxi o remis
 Transporte público Servicios de urgencia Fuerzas de seguridad

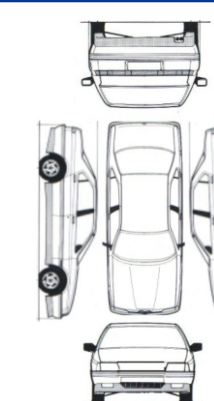
DAÑOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Detallar:



DAÑOS DEL VEHÍCULO TERCERO

Detallar:



TALLER DE REPARACION DEL ASEGURADO

Nombre:.....
 Domicilio:.....
 Localidad:.....
 Teléfono:().....
 Fecha inspección: / /

TALLER DE REPARACION DEL TERCERO

Nombre:.....
 Domicilio:.....
 Localidad:.....
 Teléfono:().....
 Fecha inspección: / /

■ **DAÑOS MATERIALES A COSAS**

Propietario:..... Sexo: M F
 Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro.
 Domicilio:..... No:..... Piso: Depto.:
 Localidad:..... Provincia:.....
 Código Postal: País:..... Teléfono: ().....
 Detalle los daños:

Lesiones a terceros: Sí No (en caso afirmativo completar "Datos de lesiones a terceros".)

■ **LESIONES A TERCEROS**

1 - Apellido y Nombres:..... Sexo: M F
 Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. Estado Civil:
 Domicilio:..... No:..... Piso: Depto.:
 Localidad:..... Provincia:.....
 Código Postal: País:..... Teléfono: ().....
 Lugar de Nacimiento:..... Fecha de Nacimiento: / /
 Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo Peatón
 Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia: Sí No Se negó.
 Centro asistencial:

2 - Apellido y Nombres:..... Sexo: M F
 Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. Estado Civil:
 Domicilio:..... No:..... Piso: Depto.:
 Localidad:..... Provincia:.....
 Código Postal: País:..... Teléfono: ().....
 Lugar de Nacimiento:..... Fecha de Nacimiento: / /
 Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo Peatón
 Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia: Sí No Se negó.
 Centro asistencial:

3 - Apellido y Nombres:..... Sexo: M F
 Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. Estado Civil:
 Domicilio:..... No:..... Piso: Depto.:
 Localidad:..... Provincia:.....
 Código Postal: País:..... Teléfono: ().....
 Lugar de Nacimiento:..... Fecha de Nacimiento: / /
 Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo Peatón
 Tipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia: Sí No Se negó.
 Centro asistencial:

■ **TESTIGOS (!)** Ofrezca siempre testigos, especialmente si Usted no es responsable.

Apellido y Nombres:.....	Domicilio:.....	Teléfono:.....
.....
.....
.....

■ **DATOS DEL DENUNCIANTE**

Es el conductor o asegurado? Sí (continuar en Datos para el Cobro) No (completar la siguiente información):
 Apellido y Nombres: Sexo: M F
 Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. . .
 Domicilio: Nº: Piso: Depto.:
 Localidad: Provincia:
 Código Postal: País: Teléfono: () -

* Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada.

■ **DATOS PARA EL COBRO**

1- ■ **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:
 Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. . . (!) Adjuntar copia
 Motivo de la Cesión:
 Vínculo con el Asegurado: Teléfono: () -
 Sucursal BNA de Cobro: Código de la Sucursal:

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.

Lugar y Fecha:, / / .

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.

■ **USO INTERNO NACIÓN SEGUROS**

Cobertura: TR s/DP s/DT RC Franquicia: CON SIN
 Observaciones:

Recibido por: (con sello de recepción)