

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 señalizado? ☐ Sí ☐ No
 Localidad: Provincia: País:
 Cruce tren ☐ Barrera: ☐ Sí ☐ No ¿Cruce señalizado? ☐ 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:

CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO

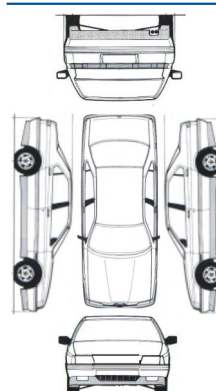
Apellido y Nombres: Sexo: ☐ M ☐ F
 Documento: Tipo ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CI Mercosur
 Nro. ____ . ____ . ____
 Domicilio:
 Teléfono: (____) ____ - ____
 Localidad: Provincia:
 Código Postal: País:
 Estado Civil:
 Actividad/Ocupación:
 Edad: ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Registro N°: Categoría:
 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:

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 ☐

DAÑOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Detallar:



TERCERO

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

CONDUCTOR DEL VEHICULO TERCERO

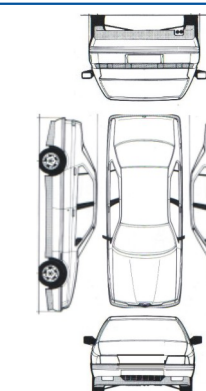
Exámen de alcoholemia: ☐ Sí ☐ No ☐ Se negó. ¿El conductor es el propietario? ☐ Sí (continuar en "Vehículo Tercero")
☐ No (completar la información que sigue):
 Apellido y Nombres: Sexo: ☐ M ☐ F
 Documento: Tipo ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CI Mercosur
 Nro. ____ . ____ . ____
 Domicilio:
 Teléfono: (____) ____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

VEHICULO 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 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: Teléfono: () -

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: Teléfono: () -

Código Postal: País: Fecha de Nacimiento: / /

Lugar 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: Teléfono: () -

Código Postal: País: Fecha de Nacimiento: / /

Lugar 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: Teléfono: () -

Código Postal: País: Fecha de Nacimiento: / /

Lugar de Nacimiento:

Relación con el asegurado: ☐ Conductor otro vehículo ☐ Pasajero vehículo asegurado ☐ Pasajero otro vehículo ☐ Peatón

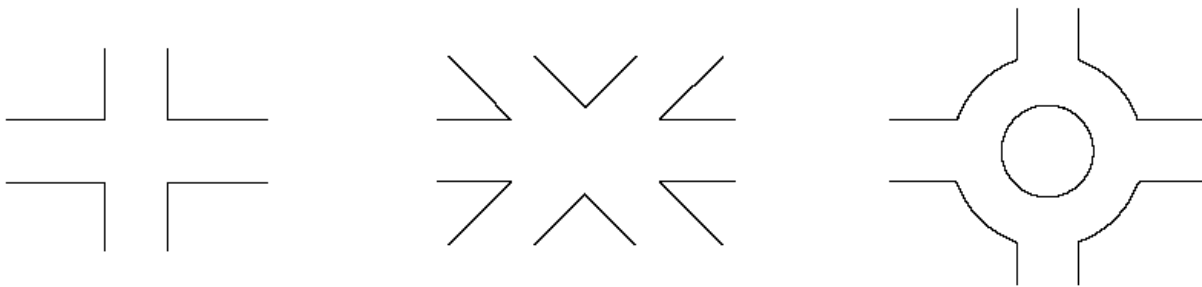
Tipo de lesiones: ☐ Leves ☐ Graves (con internación) ☐ Mortal Examen de alcoholemia: ☐ Sí ☐ No ☐ Se negó.

Centro asistencial:

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

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

Tipo de accidente:	Frontal: ☐	Posterior: ☐	Lateral: ☐	En cadena: ☐	Desplazamiento: ☐
	Vuelco: ☐	Inmersión: ☐	Incendio: ☐	Explosión: ☐	Daño con la carga: ☐
Lugar:	En autopista: ☐	En calle: ☐	En avenida: ☐	En curva: ☐	En pendiente: ☐
	En túnel: ☐	Sobre puente: ☐	Otro:		
Colisión con:	Peatón: ☐	Vehículo: ☐	Edificio: ☐	Columna: ☐	Transporte público: ☐
	Animal: ☐	Otro:			



■ 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 ☐ Tercero damnificado ☐ 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: (____) ____ - ____

2- ■ Forma de Cobro.

☐ Efectivo ☐ Cheque ☐ Acreditación CBU

Banco: ☐ BNA - Sucursal de Cobro: Código de la Sucursal: ____
☐ Otro:

Tipo de cuenta: ☐ Caja de Ahorros ☐ Cuenta Corriente Número de cuenta:
 Número de CBU: ____ (!) Adjuntar copia.

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. Subgerencia 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)