



Póliza N°

Conforme lo establecido por la Unidad de Información Financiera, en los casos que corresponda, se solicitará la integración del Formulario: **COM-119 Requerimiento de Datos UIF**- y la información complementaria detallada en el mismo, el cual se encuentra a disposición en las oficinas de la compañía o puede ser consultado desde el sitio web: [www.nacion-seguros.com.ar](http://www.nacion-seguros.com.ar)

**Cobertura Denunciada**

- Incendio
- Robo / Hurto
- Combinado Familiar
- Integral de consorcio
- Seguro técnico
- Integral de comercio
- Rotura de cristales
- Responsabilidad Civil
- Otro \_\_\_\_\_

**Datos del Asegurado**

Apellido y Nombres / Razón Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

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

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

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  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_

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

**Detalles del Siniestro**

Fecha de ocurrencia: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lugar del siniestro: Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Relato de lo sucedido (incluyendo detalle de daños materiales, lesiones propias 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

Comisaría Nº: \_\_\_\_\_ Nº Acta: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Sumario: \_\_\_\_\_

Fecha de Denuncia: \_\_\_\_\_

**Intervención de Bomberos:**  Sí  No

Cuartel Nº: \_\_\_\_\_

Nº de Acta: \_\_\_\_\_

Fecha de Denuncia: \_\_\_\_\_

**Terceros Afectados**1. Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  MDocumento: Tipo:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copia Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

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

Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En qué aspecto ha sido afectado: \_\_\_\_\_

2. Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  MDocumento: Tipo:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copia Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

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:  F  MDocumento: Tipo:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copia

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Domicilio real: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**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  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copia

Motivo de la Cesión: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2. **Forma de Cobro** Efectivo  Cheque  Acreditación CBUBanco:  BNA - Sucursal de Cobro: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_Tipo de cuenta:  Caja de Ahorros  Cuenta Corriente  Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Número de CBU: \_\_\_\_\_ (!) Adjuntar copia

DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley Nº 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 por la Resolución Nº 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 Nº 21, inciso c) de la Ley Nº 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución Nº 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 Art. Nº 14, inciso 3 de la Ley Nº 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 Nº 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.

\_\_\_\_\_

Recibido por : (con sello de recepción)

(!) El presente reclamo debe ser remitido a Nación Seguros S.A.  
Por denuncias o asesoramiento llame al Centro de Atención Telefónica (0800-888-9908)

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