



**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  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](http://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)