

Póliza N° _____

Fecha de denuncia _____

Conforme lo establecido por la Unidad de Información Financiera, en los casos que corresponda, se solicitará la integración del Formulario: COM-119 F Requerimiento de Datos UIF-Personas Físicas 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

Cobertura Denunciada

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Incendio | <input type="checkbox"/> Integral de consorcio | <input type="checkbox"/> Rotura de cristales |
| <input type="checkbox"/> Robo / Hurto | <input type="checkbox"/> Seguro técnico | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil |
| <input type="checkbox"/> Combinado Familiar | <input type="checkbox"/> Integral de comercio | <input type="checkbox"/> 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: _____ Nº: _____ 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? Si No

Detalles del Siniestro

Fecha de ocurrencia: _____ Hora: _____

Lugar del siniestro: Calle: _____ Nº: _____ 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. _____ |

Denuncia de Siniestro Multirriesgo

Intervención Policial: Si No

Comisaría Nº: _____ Nº Acta: _____

Localidad: _____ Sumario: _____

Fecha de Denuncia: _____

Intervención de Bomberos: Si No

Cuartel Nº: _____

Nº de Acta: _____

Fecha de Denuncia: _____

Terceros Afectados

1. Apellido y Nombres: _____ Sexo: F M

Documento: 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 M

Documento: 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 M

Documento: 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 CBU

Banco: 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.

Conforme lo establecido en el Art. 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.