

Datos a consignar para el caso de percibir una indemnización: **Uso Exclusivo de Nación Seguros S.A.**
Nro. de Póliza: **Ramo:** **N° de Siniestro:**
Titular de la Póliza Afectada:

Apellidos y Nombres / Razón Social: _____

 Documento: DNI LC LE CI Pasaporte Nro. _____ Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____

Apartado - 1 - Personas Físicas (Incluye Apoderado o Representante Legal de una Persona Jurídica).

 Apellidos y Nombres: _____ Sexo: M F

 Documento: DNI LC LE CI (1) Pasaporte (1) Nro. _____ (Adjuntar copia) Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

 Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____

Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio real: Calle: _____ Número _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____ CP: _____

Teléfono Particular: (2) (_____) _____ E-mail : (2) _____

Profesión, Oficio, Industria o Actividad principal que realice: (3) _____

 (1) *CI otorgada por autoridad competente de países limítrofes. Pasaporte resto del mundo.*

 (2) *En caso de no poseer, integrar el campo aclarando "NO POSEO"*

 (3) *En caso de estar inscripto en A.F.I.P. detallar el código y la descripción de la actividad.*
Declaración Jurada de Persona Expuesta Políticamente

 El La (1) que suscribe, _____ (2) declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI NO (1) se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" (3) aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____

Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

Documento: Tipo (4) _____ Nro. _____ País y Autoridad de Emisión _____

Carácter Invocado (5): _____

 Identificación Tributaria: CUIT CUIL CDI (1) Nro. _____

 (1) *Tildar lo que corresponda.*

 (2) *Integrar con el nombre y apellido del cliente y/o del beneficiario, aún cuando en su representación firme un apoderado.*

 (3) *Ver lista de referencia al final del formulario COM-119 F Requerimiento de Datos UIF (Apartado D).*

 (4) *Indicar DNI, LE o LC para argentinos nativos. Para extranjeros: DNI extranjeros, Carné internacional, Pasaporte, Certificado provisorio, Documento de identidad del respectivo país, según corresponda. Este dato corresponde al titular y/o beneficiario, salvo que firme un apoderado en su nombre.*

 (5) *Indicar titular, representante legal, apoderado. Cuando se trate de apoderado, el poder otorgado debe ser amplio y general y estar vigente a la fecha en que se suscriba la presente declaración.*
Apartado - 2 - Personas Jurídicas

Denominación o Razón Social: _____

Fecha y número de inscripción Registral: _____

 Identificación Tributaria: CUIT Nro. _____ Fecha del Contrato o Escritura de constitución: ____ / ____ / ____

Domicilio Legal: Calle _____ Número _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____ CP: _____

Teléfono de la sede social: (1) (_____) _____ Correo Electrónico: (1) _____

Actividad Principal realizada: (2) _____

 (1) *En caso de no poseer, integrar el campo aclarando "NO POSEO"*

 (2) *En caso de estar inscripto en A.F.I.P. detallar el código y la descripción de la actividad*
Documentación a Presentar

- Copia del Estatuto Social actualizado. Deberá estar certificada por escribano público o por el propio sujeto obligado.
- Copia certificada por Escribano Público del Acta del Órgano decisorio designando autoridades, representante legal, apoderados y/o autorizados con el uso de firma, que operen ante Nación Seguros S.A. y Nación Seguros de Retiro S.A. en nombre y representación de la Persona Jurídica.
- Titularidad del capital social actualizada.
- Datos Identificatorios de las Autoridades, Representante Legal, Apoderados y/o autorizados con el uso de firma, que operen ante el Sujeto Obligado en nombre y representación de la Persona Jurídica.
- Identificación de las personas físicas que directa o indirectamente ejerzan el control real de la persona jurídica (Completar Apartado 1 - Persona Física).

Nro. de Póliza Ramo: N° de Siniestro: **Datos Adicionales** (Persona Física y/o Persona Jurídica)

Vínculo con el tomador, si lo hubiere: _____

Calidad bajo la cual cobra la indemnización:

- Tercero damnificado Acreedor prendario o hipotecario
 Beneficiario designado o heredero legal Cesionario de los derechos de póliza (Completar Apartado 4)
 Titular del interés asegurable Apoderado o representante legal
 Sentencia Judicial Condenatoria (en caso de seleccionar esta opción, deberá adjuntar y completar la siguiente información):

Apellidos y Nombres: _____

Juzgado en el que tramita: _____ Expediente Nro.: _____

Adjuntar copia certificada de la sentencia y, de haberse efectuado, de la liquidación aprobada judicialmente.

Apartado - 3 - Organismos Públicos**DATOS DEL ORGANISMO**

Nombre de la Dependencia: _____

N° de CUIT: _____ Teléfono (1): (_____) _____

Domicilio Legal: Calle: _____ Número: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____ CP: _____

(1) En el caso de no poseer, integrar el campo aclarando "NO POSEO".

FUNCIONARIO INTERVINIENTE**Importante:** Adjuntar copia certificada del Acto Administrativo de designación del Funcionario Interviniente.

Nombres: _____ Apellidos: _____

Documento: DNI LC LE Nro. _____ (Adjuntar copia) N° de CUIL: _____

Domicilio Real: Calle: _____ Número: _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____ CP: _____

Apartado - 4 - Cesionario de los derechos de Póliza (adicionalmete deberá requerirse la siguiente información)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

Identificación del cesionario o beneficiario: _____

Motivos que originan la cesión de derechos o cambio de beneficiario: _____

Vínculo entre el asegurado / tomador y el cesionario / beneficiario: _____

Adjuntar copia de la Escritura Pública respectiva o en su caso, Instrumento Privado con firmas certificadas ante Escribano público, o bien Acta Judicial donde conste la referida cesión.

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 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 N° 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.

Lugar y Fecha: _____