

## Denuncia de Siniestro Seguros de Personas

Póliza Nº:	echa de Denuncia:	/	/	Fecha del Siniestro:	/ /	
Lea cuidadosamente la información solicitada y respond del trámite. (!) Verificar en las condiciones de la póliza, si						la demore
Datos del Asegurado						
Apellido y Nombres:					Sexo: [	
Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nr	·o				(!) Adjur	ntar copid
Identificación Tributaria: 🗆 CUIL 🗀 CUIT 🗀 CDI	Nro			Nacionalidad:		
Domicilio:				Estado Civi <b>l</b> :		
Localidad:		_ Provincia: _		CP:		
Teléfono Particular: ( )		_ E-mai <b>l</b> :				
Ocupación que tenía en la fecha que solicitó el Seguro	<i>.</i>					
Si la hubiera cambiado, Nueva ocupación:				¿Desde Cuándo?		
Tomar los datos de la partida de Nacimiento u otro	documento fehaci	iente.				
				Fecha de Nacimiento:		
Se debe adjuntar testimonio de la Partida de Nacimiento	u otro documento fe	chaciente, si la edo	nd del Asegurac	lo no hubiera sido probada co	n anterioridad ante la	ı Compar
¿El asegurado tiene pólizas de vida contratadas en	-			. –		
¿En cuál?		Suma a	isegurada: □ \$	5 □ U\$S		
Siniestro que se denuncia Completar, de	corresponder, el form	nulario conforme	al siniestro den	unciado según su codificación	1.	
☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro						
FALLECIMIENTO Causa:	Cc	ompletar y adjun	ar el formulario	o COM-101		
☐ INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERM	<b>EDAD</b> Completar y a	djuntar el formul	ario COM-106			
☐ INVALIDEZ TOTAL / PARCIAL Y PERMANENTE PO	OR ACCIDENTE Com	pletar y adjuntar	el formulario Co	OM-106		
GASTOS DE SEPELIO Adjuntar Factura del Gasto y	completar Forma de l	Cobro				
ENFERMEDAD CRÍTICA Y TRASPLANTE Completar	ry adjuntar el formul	lario COM-109				
ALTA COMPLEJIDAD MÉDICA Completar y adjunto	ar el formulario COM-	-109				
Datos del Denunciante						
Apellido y Nombres:					Sexo: [	□м□н
Documento: □ DNI □ LC □ LE □ Pasaporte Nro	·		(!) Adjuntar c	opia Fecha de Nacimiento:		
Identificación Tributaria: 🗆 CUIL 🗀 CUIT 🗀 CDI	Nro			Naciona <b>l</b> idad:		
Domicilio:				Estado Civil:		
Localidad:		_ Provincia:		CP:		
Teléfono Particular - Completar en forma obligatoria Email:	_			Siniestro. ( )		
Actividad/Ocupación:						
¿Conocía Ud. la existencia del Seguro? ☐ Sí ☐ No						
•						
¿Acompaña documentación de la designación? 🗆 Sí						
Observaciones						
Observaciones						
Lugar y Fecha:				<u> </u>		

COM-100/7 - 02/2017 1/2

Firma y Aclaración del Denunciante

Documento: □ DNI □ LC □ LE □ Pasaporte Nro. □ Teléfono: (□ ) □ Teléfono: (□ ) □ Teléfono:	Datos para el cobro			Póliza Nº
Cocumente   Cort   Co	,	uterés asegurado 🔲 Benefic	ciario designado/Apoderado	□ Heredero legal
Motive de la Cestion   Tributariale   CUIL   CUIT   COI Nino,   Telefono   CP	Apellido y Nombres:		Vínculo con el Asegurado: _	
Motivo de la Cesion:   E-Mail:   Provincia:   CP:	Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro		(!) Adjuntar copia	
Decembrate   Provincia:   CP:   CP	ldentificación Tributaria: □ CUIL □ CUIT □ CDI Nro.		Te <b>l</b> éfono : ()	
Provinciar   CP:	Motivo de la Cesión:		E-Mai <b>l</b> :	
Cocalidade   Provincia:   Cip   Comments   Cip   Comments   Cop   Control Cornection   Control Comments   Cop   Control Co				
FORMA DE COBRO (1)   Acreditación por CBU   Tipo de cuenta:   Caja de Ahorros   Cuenta Corriente N°:   Cedigo:   Since   N°:   Codigo:   Since   Since   N°:   Codigo:   Since   Sin				
Banco: BNA   Otro:   Tipo de cuenta:   Caja de Ahorros   Cuenta Corriente Nº:				
Cesionario de los derechos de la póliza:   Titular del Interés asegurado   Beneficiario designado/Apoderado   Heredero legal   Cesionario de los derechos de la póliza:   Vinculo con el Asegurado:   Vinculo con el Asegurado:   Concumento:   DAN   LC   LE   Pasaporte   Nro.   (J) Adjunto copia   Cesionario de los cesión:   CUNL   CUNT   COL   Nro.   Teléfono: ()   Motivo de la Cesión:   Collegio   Co	·	oo de cuenta: 🗆 Caja de Ahorro	os 🗆 Cuenta Corriente Nº:	
Cesionario de los derechos de la póliza:   Apellido y Nombres:   Vinculo con el Asegurado:   Decumento:   CUI	CBU N°:	Sucursal:		Código:
Cesionario de los derechos de la póliza:   Apellido y Nombres:   Vinculo con el Asegurado:   Decumento:   CUI	RENEFICIARIO / Calidad haio la cual cobra:	otorás acogurado. 🗆 Ronofie	riario designado/Anodorado	□ Haradara lagal
Apellido y Nombres:   Vinculo con el Asegurado:   (J) Adjuntar copia   (	·	iteres asegurado 🗆 Beneno	liario designado/Apoderado	— neredero legal
Documente:   DNI   IC   IF   Pasaporte No.   Telefono: (	•		Vínculo con el Aseaurado:	
Motivo de la Cesión:   CUR				
Motivo de la Cesión:    F-Mall:				
Domicilio:   Provincia:   CP:   Codigo:   Provincia:   CP:   Codigo:   CBUN*   Sucursal:   Codigo:   Cod				
Provincia:   Provincia:   CP:				
FORMA DE COBRO (1)   Acreditación por CBU   Tipo de cuenta:   Caja de Ahorros   Cuenta Corriente Nº:    Banco:   BNA   Otro:   Tipo de cuenta:   Caja de Ahorros   Cuenta Corriente Nº:    BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra:   Titular del interés asegurado   Beneficiario designado/Apoderado   Heredero legal    Cesionario de los derechos de la póliza:   Vinculo con el Asegurado:    Apelida y Nombres:   Vinculo con el Asegurado:    Documento:   DNI   LC   LE   Pasaporte   Nro.   (!) Adjuntar copia    Identificación Tributaria:   CUIL   CUIT   CDI   Nro.   Teléfono: (   )    Motivo de la Cesión:   E-Mail:    Domicilio:   Provincia:   CP:    Banco:   BNA   Otro:   Tipo de cuenta:   Caja de Ahorros   Cuenta Corriente Nº:    CBU Nº:   Sucursal:   Código:    (1) "Accepto que las notificaciones que fueran necesarias efectuarme por parte de Nación Seguros S.A. en cumplimiento de las previsiones del art. 46 inc. 2 de la Ley d Seguros Nº 17.418, sean dirigidas al corree electrónico que denuncio en el presente. El Insimo tendrá efecto de domicilio constituido a los efectos administrativos de la tramitación del expediente de denuncia del país por los arts. 51 y concardantes de la ley de Seguros N° 17.418. Per nacional de pago conocimiento de la aceptario de la pago servistos por los arts. 51 y concardantes de la ley de Seguros N° 17.418. Per nacional de pago conocimiento de la la ley de Seguros N° 17.418. Per nacional de pago conocimiento de la la ley de Seguros N° 17.418. Per nacional de la				
Bancc:		Provincia:	CP:	
EBERFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra:   Titular del interés asegurado   Beneficiario designado/Apoderado   Heredero legal	• •	oo de cuenta: □ Caia de Ahorro	os 🗖 Cuenta Corriente Nº	
BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra:    Titular del interés asegurado   Beneficiario designado/Apoderado   Heredero legal				
Cesionario de los derechos de la póliza:   Apellido y Nombres:		Sucursal:		Codigo:
Apellido y Nombres:		iterés asegurado 🛚 Benefic	ciario designado/Apoderado	☐ Heredero legal
Documento: DNI DLC DLE Pasaporte Nro. Teléfono: (") Adjuntar copia  Identificación Tributaria: DUIL DL DL Nro. Teléfono: (")  Motivo de la Cesión: E-Mail:  Domicilio: C. CP: FORMA DE COBRO (1) Acreditación por CBU  Banco: BNA Dtro: Tipo de cuenta: Caja de Ahorros Cuenta Corriente Nº: COdigo:  CBU Nº: Sucursal: Código: Código: Compania de Junta	·			
Identificación Tributaria:   CUIL   CUIT   CDI   Nro.   Teléfono: (				
Motivo de la Cesión:    Domicilio:				
Domicilio:  Localidad:	Identificación Tributaria: 🗆 CUIL 🗆 CUIT 🗅 CDI Nro		Te <b>l</b> éfono : ()	
Localidad:	Motivo de la Cesión:		E-Mai <b>l</b> :	
FORMA DE COBRO (1) Acreditación por CBU  Banco: BNA Otro: Tipo de cuenta: Caja de Ahorros Cuenta Corriente Nº:  CBU Nº: Sucursal: Código:  (1) "Acepto que las notificaciones que fueran necesarias efectuarme por parte de Nación Seguros S.A. en cumplimiento de las previsiones del art. 46 inc. 2 de la Ley de Seguros N° 17.418, sean dirigidas al correo electrónico que denuncio en el presente. El mismo tendrá efecto de domicilio constituido a los efectos administrativas de la tramitación del expediente de denuncia de siniestro. La constancia de emisión y recejorio de dicho correo que emita el sistema informático tendrá con relación a la aseguradora, efecto suspensivo de los plazos previstos por los arts. 51 y concordantes de la ley de Seguros N° 17.418."  En caso de no poseer cuenta bancaria, al momento del pago la Compañía se contactará con ud.  DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias, en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplificad signosiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Informaciór 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 citoda, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 21, inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.  Conforme lo establecido en el Art. N° 14, in	Domicilio:			
Banco: BNA Otro: Tipo de cuenta: Caja de Ahorros Cuenta Corriente Nº:  CBU Nº: Sucursal: Código:  (1) "Acepto que las notificaciones que fueran necesarias efectuarme por parte de Nación Seguros S.A. en cumplimiento de las previsiones del art. 46 inc. 2 de la Ley de Seguros N° 17.418, sean dirigidas al correo electrónico que denuncio en el presente. El mismo tendrá efecto de domicilio constituido a los efectos administrativos de la tramitación del expediente de denuncia de siniestro. La constancia de emisión y recepción de dicho correo que emita el sistema informático tendrá con relación a la aseguradora, efecto suspensivo de los plazos previstos por los arts. 51 y concordantes de la ley de Seguros N° 17.418."  En caso de no poseer cuenta bancaria, al momento del pago la Compañía se contactará con ud.  DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias, en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplin las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplin las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplin las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplin las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplin las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Invitado de Información es 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 que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o ambio 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	Localidad:	Provincia:	CP:	
CBU N°:	•			
(1) "Acepto que las notificaciones que fueran necesarias efectuarme por parte de Nación Seguros S.A. en cumplimiento de las previsiones del art. 46 inc. 2 de la Ley de Seguros N° 17.418, sean dirigidas al correo electrónico que denuncio en el presente. El mismo tendrá efecto de domicilio constituido a los efectos administrativos de la tramitación del expediente de denuncia de siniestro. La constancia de emisión y recepción de dicho correo que emita el sistema informático tendrá con relación a la aseguradora, efecto suspensivo de los plazos previstos por los arts. 51 y concordantes de la ley de Seguros N° 17.418."  En caso de no poseer cuenta bancaria, al momento del pago la Compañía se contactará con ud.  DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias, en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumpli las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución N° 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 N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.  Conforme lo establecido en el Art. N° 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 derec				
Seguros Nº 17.418, sean dirigidas al correo electrónico que denuncio en el presente. El mismo tendrá efecto de domicilio constituido a los efectos administrativos de la tramitación del expediente de denuncia de siniestro. La constancia de emisión y recepción de dicho correo que emita el sistema informático tendrá con relación a la aseguradora, efecto suspensivo de los plazos previstos por los arts. 51 y concordantes de la ley de Seguros Nº 17.418."  En caso de no poseer cuenta bancaria, al momento del pago la Compañía se contactará con ud.  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 cumpli 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 documentaciór 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 Informaciór Financiera; puede consultarse también en el sitio 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 d 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 Nacio	CBU N°:	Sucursal:		Código:
DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias, en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumpli las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución N° 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 documentaciór 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 N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.  Conforme lo establecido en el Art. N° 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 d 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 d 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 sobr protección de datos personales.	Seguros N° 17.418, sean dirigidas al correo electrónico que denunci tramitación del expediente de denuncia de siniestro. La constancia	io en el presente. El mismo tend 1 de emisión y recepción de dic	drá efecto de domicilio constitui no correo que emita el sistema	do a los efectos administrativos de la
las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución N° 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 N° 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. N° 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 d 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 d 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 sobr protección de datos personales.	En caso de no poseer cuenta bancaria, al momento del pago la Comp	añía se contactará con ud.		
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 d 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 sobr protección de datos personales.	las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deb beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, la respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que 21, inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en	o de Dinero, y de conformidad co oa efectuar algún pago en virtud d Beneficiario y/o Cesionario de la po se requiera a los fines de la norma	n lo previsto por la Resolución № e la póliza que se solicita y/o ante ci óliza la información establecida en tiva citada, no se considera incump	202/2015 de la Unidad de Información ualquier cesión de derechos o cambio de la citada normativa y la documentación limiento de lo dispuesto en el artículo Nº
<i></i>	acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis mes Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribució protección de datos personales.	ses, salvo que se acredite un interé in de atender las denuncias y recla	s legítimo. Asimismo se informa qu	e la Dirección Nacional de Protección d

COM-100/7 - 02/2017 2/2

Firma y Aclaración Beneficiario

Firma y Aclaración Beneficiario

Firma y Aclaración Beneficiario

Firma y Aclaración del Denunciante