

Personas lesionadas: Apellido y Nombres:

Documento: Tipo DNI LC LE CI Mercosur Nro. . . . Sexo: M F

Domicilio: N°: Piso: Depto.:

Localidad: Código Postal: Provincia:

País: Teléfono/Celular: () -

Detalle de las lesiones: Examen de alcoholemia: Sí No Se negó.

Relación con el lesionado: Centro asistencial:

Comisaría donde se practicó sumario y/o acta policial:

El vehículo se puede inspeccionar en:

Testigos del accidente:

■ **DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE** (Describir los detalles del siniestro).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

■ **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR**

- Formulario de denuncia de siniestro - Reclamo de Tercero.
- Fotocopia documento nacional de identidad.
- Fotocopia del título automotor y/o Formulario 08 con sus firmas debidamente certificadas ante escribano público y/o R.N.P.A.
- Fotocopia del registro habilitante del conductor al momento del siniestro.
- Denuncia policial.
- Presupuestos por la reparación total de los daños (mínimo 2).
- Fotocopia de la denuncia administrativa (sellada por su compañía).
- Certificado de cobertura original expedido por su compañía después del accidente.
- Fotografías de los daños de la unidad donde se aprecien los daños.
- Si el reclamo corresponde a la “franquicia” deducida por su compañía, constancia con membrete que detalle el monto de reparación autorizado y la franquicia deducida.

■ **CROQUIS** (Dibujar la situación de los vehículos en el accidente detallando calles, rutas y sentidos del tráfico).

■ **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.

(*) Indicar actividad laboral/ comercial.

Lugar y Fecha:, / / .

FIRMA Y ACLARACION DEL RECLAMANTE

(!) El presente reclamo junto a la documentación solicitada 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.