

Aseguradora del Tercero:..... Póliza N°: \_\_\_\_\_ Siniestro N°: \_\_\_\_\_

**■ DATOS DEL SINIESTRO**

Fecha del Siniestro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
 Estado del Tiempo:  Diurno  Nocturno  Seco  Lluvia  Niebla  Granizo  Nieve  
 ¿Se hizo denuncia en la policía?:  Sí  No Comisaría N°: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 ¿Hubo actuación judicial?  Sí  No Juzgado N°: \_\_\_\_\_ Causa N°: \_\_\_\_\_  
 Lugar del hecho: Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Intersección de: \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
 Ruta N°: \_\_\_\_ Km: \_\_\_\_ Nacional:  Provincial:  Cruce con ruta N°: \_\_\_\_\_ ¿Cruce señalado?  Sí  No  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Cruce tren  Barrera:  Sí  No ¿Cruce señalado?  Sí  No Estado de barrera: \_\_\_\_\_ Semáforo:  Sí  No  
 ¿Funciona?  Sí  No  Intermitente Color: \_\_\_\_\_ Tipo de calzada: \_\_\_\_\_ Estado de calzada: \_\_\_\_\_

**ASEGURADO**

Apellido y Nombres/ Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Documento: Tipo  DNI  LC  LE  CI Mercosur  
 Nro. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (!) Adjuntar copia  
 I. Tributaria:  CUIL  CUIT  CDI Nro \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Actividad/Ocupación: \_\_\_\_\_

**TERCERO**

Propietario: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M  F  
 Documento: Tipo  DNI  LC  LE  CI Mercosur  
 Nro. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 País: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_

**CONDUCTOR DEL VEHICULO ASEGURADO**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Documento: Tipo  DNI  LC  LE  CI Mercosur  
 Nro. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Actividad/Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Registro N°: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_  
 Vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Exámen de alcoholemia:  Sí  No  Se negó.  
 ¿Conductor habitual del vehículo?  Sí  No  
 ¿Es el propio asegurado?  Sí (Continuar en "Vehículo")  
 No Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

**CONDUCTOR DEL VEHICULO TERCERO**

Exámen de alcoholemia:  Sí  No  Se negó. ¿El conductor es el propietario?  Sí (continuar en "Vehículo Tercero")  
 No (completar la información que sigue):  
 Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Documento: Tipo  DNI  LC  LE  CI Mercosur  
 Nro. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Actividad/Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Registro N°: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_  
 Vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Conductor habitual del vehículo?  Sí  No

**VEHICULO ASEGURADO**

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_  
 Tipo: \_\_\_\_\_ Dominio: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 Color: \_\_\_\_\_ Motor N°: \_\_\_\_\_  
 Chasis N°: \_\_\_\_\_  
 Antirrobo:  Sí  No Cristales grabados:  Sí  No  
 Uso del vehículo:  Particular  Comercial o carga  Taxi o remis  
 Transporte público  Servicios de urgencia  Fuerzas de seguridad  
**Cobertura afectada:** Robo Parcial  Total   
 Incendio Parcial  Total   
 Daño Parcial  Total

**VEHICULO TERCERO**

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_  
 Tipo: \_\_\_\_\_ Dominio: \_\_\_\_\_  
 Año: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
 Motor N°: \_\_\_\_\_  
 Chasis N°: \_\_\_\_\_  
 Asegurado en: \_\_\_\_\_  
 Póliza N°: \_\_\_\_\_  
 Uso del vehículo:  Particular  Comercial o carga  Taxi o remis  
 Transporte público  Servicios de urgencia  Fuerzas de seguridad

**DAÑOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

Detallar: \_\_\_\_\_

**DAÑOS DEL VEHÍCULO TERCERO**

Detallar: \_\_\_\_\_

**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)