

Póliza N° Siniestro N°

Datos del Siniestro

Fecha del Siniestro: _____ Hora: ____ : ____

Lugar del hecho: Calle: _____ N° _____ Intersección de: _____ y _____

Denuncia Policial: Comisaría: _____ Localidad: _____ Sumario: _____

TIPO DE ACCIDENTE	LUGAR	COLISIÓN CON
<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> En autopista	<input type="checkbox"/> Peatón
<input type="checkbox"/> Daño con la carga	<input type="checkbox"/> En pendiente	<input type="checkbox"/> Columna
<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> En calle	<input type="checkbox"/> Animal
<input type="checkbox"/> Frontal	<input type="checkbox"/> Sobre puente	<input type="checkbox"/> Transporte público
<input type="checkbox"/> Desplazamiento	<input type="checkbox"/> En avenida	<input type="checkbox"/> Vehículo
<input type="checkbox"/> Inmersión	<input type="checkbox"/> En curva	<input type="checkbox"/> Edificio
<input type="checkbox"/> Explosión	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Posterior		
<input type="checkbox"/> En cadena		
<input type="checkbox"/> Vuelco		

ASEGURADO

Apellido y Nombres/Razón Social: _____
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____
 Ident. Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____
 Domicilio real: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Código Postal: _____ País: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
 Estado Civil: _____ Actividad/Ocupación: _____

TERCERO

Propietario: _____ Sexo: F M
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Código Postal: _____ País: _____
 Teléfono : (_____) _____

CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Apellido y Nombres: _____ Sexo: F M
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Código Postal: _____ País: _____
 Teléfono: (_____) _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
 Actividad/Ocupación: _____
 Edad: _____ Registro N°: _____ (!) *Adjuntar copia.*
 Categoría: _____ Vencimiento: _____
 ¿Conductor habitual del vehículo? Sí No
 ¿Es el propio Asegurado? Sí No
 Relación con el Asegurado: _____
 Exámen de alcoholemia: Sí No Se negó

CONDUCTOR DEL VEHÍCULO TERCERO

Apellido y Nombres: _____ Sexo: F M
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Código Postal: _____ País: _____
 Teléfono : (_____) _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
 Actividad/Ocupación: _____
 Edad: _____ Registro N°: _____
 Categoría: _____ Vencimiento: _____
 ¿Conductor habitual del vehículo? Sí No

VEHÍCULO ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____
 Tipo: _____ Dominio: _____
 Color: _____ Motor N°: _____
 Año: _____ Chasis N°: _____
 (!) *Adjuntar copia de la Cédula Verde/Cédula Azul ó Título de Propiedad Automotor.*
 Antirrobo: Sí No
Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Serv. de Urgencia
 Taxi o remis Transp. público Fzas. de seguridad

VEHÍCULO TERCERO

Marca: _____ Modelo: _____
 Tipo: _____ Dominio: _____
 Color: _____ Motor N°: _____
 Año: _____ Chasis N°: _____
 Asegurado en: _____
 Póliza N°: _____
Uso del vehículo: Particular Comercial o carga Serv. de Urgencia
 Taxi o remis Transp. público Fzas de seguridad

Póliza N°

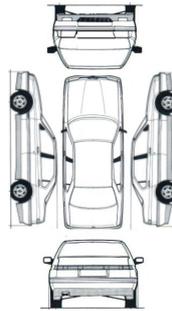
Siniestro N°

DAÑOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO



Detallar: _____

DAÑOS DEL VEHÍCULO TERCERO



Detallar: _____

Taller de reparación del asegurado

Nombre: _____ Domicilio: _____
 Localidad: _____ Teléfono: (_____) _____ Fecha inspección: _____

Datos del Denunciante (!) Los datos y referencias que se consignan tienen carácter de Declaración Jurada

¿Es el propio Asegurado? Sí No (Si Ud. no es el Asegurado, completar la siguiente información)

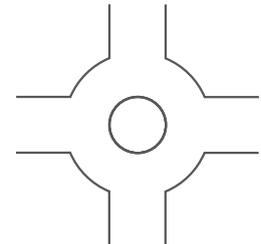
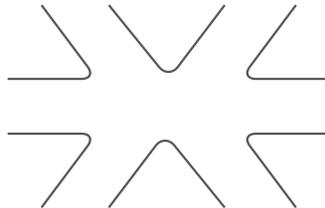
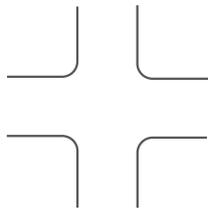
Relación con Asegurado: _____ Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: (_____) _____

Domicilio real: _____

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

CROQUIS - Dibujar la situación de los vehículos en el accidente (detallar calles, avenidas, rutas, autopistas, sentido del tráfico, etc.)



DETALLES DEL SINIESTRO

Testigos (!) Ofrezca siempre testigos, especialmente si Usted no es responsable.

Apellido y Nombres	Domicilio	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Daños materiales a cosas

Propietario: _____ Sexo: F M
 Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Nacionalidad: _____
 Domicilio: _____ CP: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____
 Teléfono Particular: (_____) _____
 Detalle los daños: _____

Póliza N°

Siniestro N°

Lesiones a Terceros¿Hubo lesiones a Terceros? Sí No (En caso afirmativo, complete los siguientes datos)**DETALLE DE TERCEROS AFECTADOS**1) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: (_____) _____

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Fecha de Nac.: _____ Nacionalidad: _____

Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia: Sí No Se negó.

Centro asistencial: _____

2) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: (_____) _____

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Fecha de Nac.: _____ Nacionalidad: _____

Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia: Sí No Se negó.

Centro asistencial: _____

3) Apellido y Nombres: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: (_____) _____

Domicilio: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Fecha de Nac.: _____ Nacionalidad: _____

Relación con el asegurado: Conductor otro vehículo Pasajero vehículo asegurado Pasajero otro vehículo PeatónTipo de lesiones: Leves Graves (con internación) Mortal Examen de alcoholemia: Sí No Se negó.

Centro asistencial: _____

En cumplimiento del régimen vigente en materia de Control y Prevención del 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 **(Marcar con una X según corresponda)** Ingresos de Haberes Ahorros en Cuenta Ganancias Actividad Comercial Premios de Juegos de azar Operación Inmobiliaria Compra-Venta de bienes Mueble Herencia Donación Cesión Otros _____ 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 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 el Anexo I de la Resolución N° 32/2011 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 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° 32/2011 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

 Lugar y Fecha: _____

(!) Recuerde completar los daños del vehículo asegurado y el croquis de la página 2 del formulario.

(!) El presente reclamo debe ser remitido a Nación Seguros S.A. (Sucursal mas cercana). Asimismo, puede ser su envío adelantado al fax 0810-555-7247, a fin que la Aseguradora tome inmediato conocimiento del suceso.

 Recibido por: (con sello de recepción)

 Firma y Aclaración del Denunciante

Uso interno Nación Seguros

Cobertura: TR s/DP s/DT RC **Franquicia:** CON SIN

Observaciones: _____

 Recibido por: (con sello de recepción)