



Datos aportados por el Denunciante		
Lea cuidadosamente la información solicitada y responda a TOI claridad y amplitud posible. De faltar alguna respuesta, provocará l		MPRENTA LEGIBLE, con la mayor
■ COBERTURA DENUNCIADA □ Vida Colectivo □ V	ida Individual 🔲 Accidentes	s Personales
Indique el N° de Póliza/s afectada/s a esta denuncia:		
 Asegurado 		
Apellido y Nombres:		
Documento: Tipo □ DNI □ LC □ LE □ CI Mercosur Nro. □ □	(!) Adjun	tar copia
CUIT/CUIL: Estado Ci	vil:	
Ultimo domicilio del Asegurado:		
Ultimo Número de Teléfono: ()		
Ocupación que tenía en la fecha que solicitó el Seguro:		
Si la hubiera cambiado posteriormente: Nueva ocupación:	¿Desde	e cuándo? LLI/LLI/LLIL
Régimen Previsional: Reparto Capitalización (A.F.J.P.) ¿Caj que aportaba el Asegurado)	Cuál?	
Lugar de Nacimiento: (Tomar datos de la Partida de Nacimiento u otro documento fehaciente)	(Se debe adjuntar testimonio de la Partid si la edad del asegurado no hubiera sido _l	//lade Nacimiento u otro documento fehaciente, probada con anterioridad ante la Compañía)
¿De dónde se extrajo la Fecha de Nacimiento?		
¿El Asegurado tiene coberturas de vida contratadas en otras Com		
□ SI □ NO ¿En cuál?	Suma Aseg	urada: U\$S 📖 . 📖
 Datos del denunciante 		
Apellido y Nombres:		
Documento: Tipo \square DNI \square LC \square LE \square CI Mercosur Nro. \square	(!) Adjun	tar copia
Vínculo con el Asegurado:		
Identificación tributaria: \square CUIL \square CUIT \square CDI Nro. \square		
Fecha Nacimiento:/ Nacionalidad: Nacionalidad		
Estado civil: Activid	lad/Ocupación:	
Domicilio:		Código Postal:
Localidad y provincia: Tel (!) P	éfono: (e debe completar en forma obligatoria este campo
¿Es beneficiario del Seguro? 🗌 SI 🔲 NO		
¿Conocía Usted la existencia de este seguro? \square SI \square NO ¿De	esde cuándo? பப/பப/ப	
¿Desde cuándo sabe Usted que es beneficiario?//		
¿Acompaña documentación de la designación? \square SI \square NO ¿Cuál	? 🗌 Form. de designación de la C	Cía. 🗌 Otros
Calidad bajo la cual cobra: \square Titular del interés asegurado \square Te	ercero damnificado 🗌 Beneficia	rio designado 🔲 Heredero legal
☐ Cesionario de los derechos de la póliza: Apellido y Nombres:		
Documento: Tipo 🗆 DNI 🗆 LC 🗆 LE 🗆 CI Mercosur Nro. 📖	Vínculo:	
Motivo de la cesión:		
Sucursal de cobro de cada beneficiario designado por el asegurado (co	mpletar sólo para beneficios a cob	rarse a través de Sucursales BNA):
Nombre y Apellido	Número de DNI	Sucursal BNA de cobro



■ TIPO DE SINIESTRO

A) Fallecimiento	
Muerte natural	ario judicial certificado)
Lugar del Fallecimiento:	Fecha del Fallecimiento: \(\bigcup \setminus
Médico que haya asistido al Asegurado durante el año anterior a su muerte:	
Apellido y Nombres:	
Domicilio:	
Localidad: Provincia:	
Código Postal: Teléfono: ()	
B) Invalidez	
☐ Invalidez Total y Permanente por enfermedad	
☐ Invalidez Total y Permanente por accidente	
☐ Invalidez Parcial y Permanente por accidente	
Fecha de la invalidez: LLL/LLL/LLLL	
C) Enfermedad Crítica Trasplantes	
D) 🗌 Renta por Internación 🔲 Gastos Médicos por Accidente	
E) Otros:	
"En el caso de ser tutor/curador/apoderado/representante, deberá completar los mismo	os datos que el denunciante y/o solicitante".
"A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención previsto por el Anexo I de la Resolución 6/2005 de la Unidad de Información Financie Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cua	era, se deja constancia que al momento en que la
anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, beneficiario y/o cesionario de	-
2.1.b) y c), 2.2.1.a), b) y c) y 2.2.2.a), b) y c) de la citada normativa y la documentació	n respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que
la información que se requiera a los fines de dicha Resolución no se considera incumpli	imiento de lo establecido en el artículo 21 inciso c) de
la Ley 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo	de la Resolución 6/2005 de la Unidad de Información

"En carácter de DECLARACIÓN JURADA MANIFIESTO que las informaciones consignadas en el presente son exactas y verdaderas, y que tengo conocimiento de la Ley 25.246 y demás normas complementarias en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero."

Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar"





Datos aportados por el Contratante

Contratante:			
Sucursal:		Código: L	
☐ Cta. Cte./Caja de Al·	norro/ Tarjeta de Créd. Nº 💷 🖳 🗀 🗀 🗀		
☐ Solicitud de Préstam	o Hipotecario Nº Fecha de Otorgamiento:	/ Monto:	
☐ Solicitud de Préstam	o Personal Nº 💷 💷 Fecha de Otorgamiento: 📖	/ Monto:	
Otros			
TITULARES DEL SEG (Cta. Cte./Caja de Ahorro/Tarj.	URO: Créd./Créd. Hip./Créd. Pnal.)		
¿Es o era Empleado del C	Contratante? NO SI - Indicar en qué Sucursal:		
Tipo de seguro contratad	o: 🗆 Obligatorio 🗀 Optativo 🗆 Optativo Cónyuge 🗀 Optativo	Grupo Familiar	
Activo desde:/	□ / □ □ □ Fecha Ingreso al Seguro: □ □ / □ □ □ / □ □ □	∟ Legajo Nº: ∟⊥⊥⊥⊥⊥	
Ultimo Sueldo: \$	Capital Asegurado: \$ Primas cubi	ertas hasta: LLL/LLL/LLL	
Períodos de Licencia: (en caso de denuncia	Desde/ Hasta/	L Motivo:	
por invalidez)	Desde/ Hasta/	L Motivo:	
	Desde/ Hasta/	Motivo:	
Certificamos que los da	tos contenidos en la presente fueron corroborados con los registros		
Lugar y Fecha:	, , , , , , , , , , , , , , , , ,	LARACION Y SELLO DEL FUNCIONARI	- (O



Declaración del Médico Asistente (Acompañar con la Historia Clínica del Asegurado)

Esta Declaración debe ser completa DE PUÑO Y LETRA por el Médico Asistente al momento del fallecimiento del Asegurado, o que asistió al Asegurado durante su última enfermedad, según el caso. Se deben contestar todos los campos de datos solicitados en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible; y al efecto téngase en cuenta las indicaciones impresas al dorso, evitando el uso de expresiones genéricas como "Paro Cardio-respiratorio" o "Asistolía Ventricular", etc.

■ Asegurado
Apellido y Nombres:
¿Desde qué fecha lo conocía Usted?/ Fecha de fallecimiento:/
■ Fallecimiento
¿Desde qué fecha lo trata Ud.?/ ¿Hasta qué fecha lo asistió?/
¿Qué enfermedades detectó Ud. durante el tiempo que lo asistió?
¿Qué estudios complementarios solicitó?
Resultado y fechas aproximadas de los estudios:
¿Lo asistieron otros Profesionales? SI NO
Indique los nombres y especialidad:
Por qué motivo y en qué fecha:
Indique Antecedentes Clínicos del asegurado y fecha aproximada de aparición:
Farmero Autocodontos Ovintucioso del accoundo y fesho de la internación.
Enumere Antecedentes Quirúrgicos del asegurado y fecha de la intervención:
;Ud. lo asistió al momento de fallecimiento? SI NO
¿Dónde? Domicilio
☐ Institución - Nombre:
Fecha de ingreso: L/L
Diagnóstico de ingreso:
Otros:
Si fue asistido por otros profesionales, indique el nombre:
Indique la causa de la muerte:
Indique la/s enfermedad/es o lesión/es que derivaron en la causa de fallecimiento:
1



Al momento del fallecimiento, indique: Edad del Asegurado: La años Estatura: La, La Peso aproximado: La La Companya del Co
¿Se practicó autopsia? NO SI - Motivo: ¿Conoce el resultado? NO SI - Explique:
¿Conoce el resultado: 🗀 NO 🗀 51 - Explique.
¿Se instruyó sumario policial/judicial? 🗌 NO 🔲 SI - Motivo:
¿En que fecha fue diagnosticada la última enfermedad del asegurado? LLL/LLL/LLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLLL
Enumere los estudios complementarios solicitados para arribar al diagnóstico. Consigne resultado y fecha de realización:
¿Estuvo el asegurado internado para diagnóstico y tratamiento de su última enfermedad durante los últimos 10 años? NO SI ¿En qué fechas?
¿Estuvo el asegurado internado para diagnóstico y tratamiento de su última enfermedad durante los últimos 5 años? NO SI ¿En qué fechas?
¿Desde qué fecha conocía el asegurado su enfermedad? LLL/LLL
Indique si influyó en la enfermedad, el accidente o el fallecimiento, directa o indirectamente:
□ el abuso de drogas, alcohol o psicofármacos □ el desempeño de su actividad laboral □ la práctica de algún deporte □ autoagresión Explique:
¿Presentaba algún Grado de Incapacidad Laboral? 🗌 NO 🔲 SI - Porcentaje: Desde qué fecha://
Comentarios que quiera exponer: NO SI



■ Invalidez por Accidente Fecha del accidente: ☐ ☐ ☐ De tránsito ☐ Laboral ☐ Doméstico Describa mecanismo de Producción:		
¿El accidente fue ajeno a la voluntad del asegurado? SI NO ¿Requirió internación? NO SI - Fecha de Ingreso: ¿En qué Institución?		
Dichas lesiones ¿fueron consecuencia directa del accidente? SI NO Exlique:		
Enumere los estudios efectuados:		
Enumere los tratamientos instituidos:		
¿Concluyó tratamientos? SI NO ¿Debe continuar tratamiento? NO SI - ¿En qué fecha? ¿Cuáles?		
¿Se dio el alta? NO SI - Curó: sin secuelas con secuelas - ¿Cuáles?		
;Sufrió amputaciones o pérdidas orgánicas? DNO SI - ;Cuáles?		

¿Qué porcentaje de Invalidez corresponde a las secuelas? (Baremo de uso: Ley 24241; Decreto 478/98):

🗆 el abuso de drogas, alcohol o psicofármacos 🗀 el desempeño de su actividad laboral 🗀 la práctica de algún deporte 🗀 autoagresión

Indique si influyó en la enfermedad, el accidente o el fallecimiento, directa o indirectamente:

Explique: ...



INVALIDEZ 1 OTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD		
Fecha/s de inicio de la/s enfermedad/es que origina/n la incapacidad:		
Indique que patología tiene la mayor Jerarquía Invalidante:		
Indique el porcentaje de Invalidez (Baremo de uso: Ley 24241; Decreto 4	Ý78/98) :	
Enumere los signos positivos (Semiología Clínica o Psiquiátrica) en que s	ustenta su diagnóstico y la pondera	ción de la Incapacidad:
Enumere los estudios complementarios efectuados y los resultados en que	e respalda sus conclusiones (Adjunta	ar Copias):
Desde que fecha aproximadamente presenta dicho grado de Invalidez: L	/	
Patologías asociadas	Porcentaje de Invalidez Baremo de uso: Ley 24241; Decreto 478/98	Fecha de Consolidación
¿Se agotaron los recursos terapéuticos en las patologías que presenta el afi	liado?: □SI □NO	
En su opinión ¿Qué tratamientos faltan efectuar?		
En su opinión ¿Cuál es el pronóstico luego de la implementación de los r	nismos?	
Indique si influyeron en la instauración de la enfermedad, directa o indire	ectamente:	
\Box el abuso de drogas, alcohol o psicofármacos \Box el desempeño de su a	ctividad laboral 🔲 la práctica de	algún deporte 🔲 autoagresión
Explique:		
La sumatoria de las Incapacidades (Método de la Capacidad Restante), es	n la actualidad, en su opinión const	ituyen:
☐ Incapacidad total y permanente - Porcentaje: ☐ ☐		
☐ Incapacidad total y provisoria - Porcentaje: ☐☐☐		
☐ Incapacidad parcial y permanente - Porcentaje: ☐☐☐		
☐ Incapacidad parcial y provisoria - Porcentaje: ☐☐☐		

■ Enfermedad crítica o Trasplante

Adjuntar copia completa de la historia clínica del asegurado para agilizar la tramitación del beneficio. En caso de no adjuntarla, igualmente le será requerida como requisito obligatorio.



■ Antecedentes médicos	
¿Adjunta Historia Clínica? 🔲 SI 🔲 NO	
¿En poder de quién se encuentra?	
Razón Social:	
Domicilio:	
Localidad:	Provincia:
Código Postal: Teléfono: (ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ
■ Datos del Médico	
Apellido y Nombres:	
Universidad en la que se graduó:	
Domicilio completo:	
Localidad:	Provincia:
Código Postal: Teléfono: (
Observaciones Adicionales	
Lugar y Fecha: , LLL/LL	
	FIRMA DEL MEDICO Matrícula Nacional Matrícula Provincial Matrícula Provincial

Advertencias

El requerimiento de esta declaración por NACION SEGUROS S.A., no implica reconocimiento por parte de la Compañía de la obligación de pagar el importe del seguro y por lo tanto se reserva acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el asegurado o el beneficiario.

En caso de pensar que alguna pregunta no pueda ser respondida total o parcialmente por desconocimiento, dejar constancia. Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyere necesario, la Compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los últimos dos años.

Contéstese consignando detalles completos de cada proceso patológico. Evítese el empleo de palabras confusas tales como Síncope Cardíaco, agotamiento, etc., a menos que se suministren minuciosos detalles de cada caso.

La compañía se reserva el derecho de requerir aclaraciones o cualquier información, si lo estimare necesario. Si el espacio que se destina a las preguntas del médico resultara insuficiente, utilícese el reservado al efecto, al pie de esta página. En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse el mejor conocimiento del mismo por la Compañía.