Datos aportados por el Denunciante

Lea cuidadosamente la información solicitada y responda a TODAS las preguntas en LETRA IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible. De faltar alguna respuesta, provocará la demora en el trámite.

Cobertura denunciada

☐ Vida Colectivo ☐ Vida Individual ☐ Accidentes Personales

Indique el N° de Póliza/s afectada/s a esta denuncia: .....

Asegurado

Apellido y Nombres: .....

Documento: Tipo ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CI Mercosur Nro. ⌊_⌋.⌊_⌋.⌊_⌋ (!) Adjuntar copia

CUIT/CUIL: ⌊_⌋-⌊_⌋.⌊_⌋.⌊_⌋-⌊_⌋ Estado Civil: .....

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 cuándo? ⌊_⌋/⌊_⌋/⌊_⌋

Régimen Previsional: ☐ Reparto ☐ Capitalización (A.F.J.P.) ¿Cuál? .....
(al que aportaba el Asegurado)

Lugar de Nacimiento: .....
(Tomar datos de la Partida de Nacimiento u otro documento fehaciente)

Fecha de Nacimiento: ⌊_⌋/⌊_⌋/⌊_⌋
(Se debe adjuntar testimonio de la Partida de Nacimiento u otro documento fehaciente, si la edad del asegurado no hubiera sido probada con anterioridad ante la Compañía)

¿De dónde se extrajo la Fecha de Nacimiento? .....

¿El Asegurado tiene coberturas de vida contratadas en otras Compañías?

☐ SI ☐ NO ¿En cuál? ..... Suma Asegurada: U$S ⌊_⌋.⌊_⌋.⌊_⌋

Datos del denunciante

Apellido y Nombres: .....

Documento: Tipo ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CI Mercosur Nro. ⌊_⌋.⌊_⌋.⌊_⌋ (!) Adjuntar copia

Vínculo con el Asegurado: .....

Identificación tributaria: ☐ CUIL ☐ CUIT ☐ CDI Nro. ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Fecha Nacimiento: ⌊_⌋/⌊_⌋/⌊_⌋ Nacionalidad: .....

Estado civil: ..... Actividad/Ocupación: .....

Domicilio: ..... Código Postal: ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Localidad y provincia: ..... Teléfono: (⌊_⌋) ⌊_⌋-⌊_⌋
(!) Para una mejor tramitación de su denuncia se debe completar en forma obligatoria este campo.

¿Es beneficiario del Seguro? ☐ SI ☐ NO

¿Conocía Usted la existencia de este seguro? ☐ SI ☐ NO ¿Desde cuándo? ⌊_⌋/⌊_⌋/⌊_⌋

¿Desde cuándo sabe Usted que es beneficiario? ⌊_⌋/⌊_⌋/⌊_⌋

¿Acompaña documentación de la designación? ☐ SI ☐ NO ¿Cuál? ☐ Form. de designación de la Cía. ☐ Otros .....

Calidad bajo la cual cobra: ☐ Titular del interés asegurado ☐ Tercero damnificado ☐ Beneficiario 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 (completar sólo para beneficios a cobrarse a través de Sucursales BNA):

Nombre y Apellido	Número de DNI	Sucursal BNA de cobro

Tipo de Siniestro

A) Fallecimiento

☐ Muerte natural ☐ Enfermedad ☐ Muerte accidental (Se debe adjuntar copia del sumario judicial certificado)

Lugar del Fallecimiento: .....

Fecha del Fallecimiento: ⌊_⌋⌊_⌋ / ⌊_⌋⌊_⌋ / ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
(Se debe adjuntar copia legalizada de la partida de defunción expedida por la Oficina del Registro Civil)

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: ⌊_⌋⌊_⌋ / ⌊_⌋⌊_⌋ / ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

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 mismos datos que el denunciante y/o solicitante".

"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 6/2005 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 los puntos 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 documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de dicha Resolución no se considera incumplimiento 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 Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar"

"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."

FIRMA Y ACLARACION DEL DENUNCIANTE	FIRMA Y ACLARACION DEL DENUNCIANTE	FIRMA Y ACLARACION DEL DENUNCIANTE
Tipo ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CI Mercosur	Tipo ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CI Mercosur	Tipo ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ CI Mercosur
Nro. ⌊_⌋.⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋	Nro. ⌊_⌋.⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋	Nro. ⌊_⌋.⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Datos aportados por el Contratante

Contratante: .....

Sucursal: ..... Código: ⌊_⌊_⌊_⌋

☐ Cta. Cte./Caja de Ahorro/ Tarjeta de Créd. Nº ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋

☐ Solicitud de Préstamo Hipotecario Nº ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Fecha de Otorgamiento: ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Monto: .....

☐ Solicitud de Préstamo Personal Nº ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Fecha de Otorgamiento: ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Monto: .....

☐ Otros .....

TITULARES DEL SEGURO: .....
(Cta. Cte./Caja de Ahorro/Tarj. Créd./Créd. Hip./Créd. Pnal.)

¿Es o era Empleado del Contratante? ☐ NO ☐ SI - Indicar en qué Sucursal: .....

Tipo de seguro contratado: ☐ Obligatorio ☐ Optativo ☐ Optativo Cónyuge ☐ Optativo Grupo Familiar

Activo desde: ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Fecha Ingreso al Seguro: ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Legajo Nº: ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Ultimo Sueldo: $⌊_⌊_⌋.⌊_⌊_⌊_⌋ Capital Asegurado: $ ⌊_⌊_⌊_⌋.⌊_⌊_⌊_⌋ Primas cubiertas hasta: ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Períodos de Licencia: (en caso de denuncia por invalidez)
Desde ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Hasta ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Motivo: .....
Desde ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Hasta ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Motivo: .....
Desde ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Hasta ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Motivo: .....

Observaciones Adicionales

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Certificamos que los datos contenidos en la presente fueron corroborados con los registros que obran en poder de esta Sucursal.

Lugar y Fecha: ....., ⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌋/⌊_⌊_⌊_⌊_⌋.

_____
FIRMA, ACLARACION Y SELLO DEL FUNCIONARIO

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: .....

.....

.....

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: ___/___/_____

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: .....

.....

.....

Al momento del fallecimiento, indique: Edad del Asegurado: ⌊__⌋ años Estatura: ⌊_,__⌋ Peso aproximado: ⌊___⌋

¿Se practicó autopsia? ☐ NO ☐ SI - Motivo: .....

¿Conoce el resultado? ☐ NO ☐ SI - Explique: .....

.....

¿Se instruyó sumario policial/judicial? ☐ NO ☐ SI - Motivo: .....

.....

¿En que fecha fue diagnosticada la última enfermedad del asegurado? ⌊__⌋/⌊__⌋/⌊____⌋

Indique el diagnóstico de la misma y si de ella derivó el fallecimiento: .....

.....

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? ⌊__⌋/⌊__⌋/⌊____⌋

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: ⌊__⌋/⌊__⌋/⌊____⌋

Motivo: .....

Comentarios que quiera exponer: ☐ NO ☐ SI .....

.....

.....

.....

Invalidez por Accidente

Fecha del accidente: ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊ Tipo: ☐ 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: ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊ Fecha de Egreso: ⌊⌊/⌊⌊/⌊⌊⌊⌊

¿En qué Institución? .....

Enumere las lesiones sufridas: .....

.....

.....

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? ☐ NO ☐ SI - ¿Cuáles? .....

.....

.....

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

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: .....

.....

.....

Invalidez Total 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 478/98): .....

Enumere los signos positivos (Semiología Clínica o Psiquiátrica) en que sustenta su diagnóstico y la ponderación de la Incapacidad:

.....

.....

.....

.....

Enumere los estudios complementarios efectuados y los resultados en que respalda sus conclusiones (Adjuntar Copias):

.....

.....

.....

.....

.....

Desde que fecha aproximadamente presenta dicho grado de Invalidez: ___/___/_____

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 afiliado?: ☐ SI ☐ NO

En su opinión ¿Qué tratamientos faltan efectuar? .....

.....

.....

En su opinión ¿Cuál es el pronóstico luego de la implementación de los mismos? .....

.....

.....

Indique si influyeron en la instauración de la enfermedad, directa o indirectamente:

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

Explique: .....

.....

.....

La sumatoria de las Incapacidades (Método de la Capacidad Restante), en la actualidad, en su opinión constituyen:

☐ 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: (⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋) ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Datos del Médico

Apellido y Nombres: .....

Universidad en la que se graduó: .....

Domicilio completo: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Código Postal: ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Teléfono: (⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋) ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Observaciones Adicionales

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lugar y Fecha: ..... , ⌊_⌋⌊_⌋/⌊_⌋⌊_⌋/⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋.

FIRMA DEL MEDICO

Matrícula Nacional ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Matrícula Provincial ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Advertencias

El requerimiento de esta declaración por NACION SEGUROS DE VIDA 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.