

DATOS DEL SINIESTRO

Siniestro N° Póliza N°
Asegurado DNI N°

De mi mayor consideración:

Autorizo a Nación Seguros S.A. a acreditar en mi cuenta bancaria el importe determinado por esa aseguradora, que me corresponde en mi carácter de beneficiario, en concepto de Indemnización Total y Definitiva según la aplicación de las Condiciones de Póliza. Exonerando a la Compañía de toda responsabilidad ulterior, no teniendo nada mas que reclamar por ningún otro concepto, sirviendo tal acreditación en cuenta de suficiente recibo cancelatorio.

DATOS DE LA CUENTA

Banco: _____ Sucursal: _____

Tipo de cuenta: Caja de Ahorro \$ Cuenta Corriente \$ Caja de Ahorro U\$S Cuenta Corriente U\$S

N° de cuenta: _____ CBU N° (22 dígitos): _____

*(!) La cuenta debe estar a nombre del beneficiario.**A adjuntar resumen de extracto bancario, impresión de internet o ticket de cajero automático donde figure el CBU y el titular de la cuenta. Dicho medio de pago no implicará exclusión de otros medios de pago que a criterio de Nación Seguros S.A., resulten adecuados.*

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 la Resolución N° 202/2015 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° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

Firma y aclaración

DNI: _____

CUIL N°: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____