

Datos a consignar para el caso de percibir una indemnización: **Uso Exclusivo de Nación Seguros S.A.**Nro. de Póliza: Ramo: N° de Siniestro: **Titular de la Póliza Afectada:**

Apellidos y Nombres / Razón Social: _____

Documento: DNI LC LE CI Pasaporte Nro. _____ Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____**Apartado - 1 - Personas Físicas (Incluye Apoderado o Representante Legal de una Persona Jurídica).**Apellidos y Nombres: _____ Sexo: M FDocumento: DNI LC LE CI (1) Pasaporte (1) Nro. _____ (Adjuntar copia) Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____Identificación Tributaria: CUIL CUIT CDI Nro. _____

Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio real: Calle: _____ Número _____ Piso: _____ Dpto: _____

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

Teléfono Particular: (2) (_____) _____ E-mail: (2) _____

Profesión, Oficio, Industria o Actividad principal que realice: (3) _____

(1) *Cl otorgada por autoridad competente de países limítrofes. Pasaporte resto del mundo.*(2) *En caso de no poseer, integrar el campo aclarando "NO POSEO"*(3) *En caso de estar inscripto en A.F.I.P. detallar el código y la descripción de la actividad.***Declaración Jurada de Persona Expuesta Políticamente**El La (1) que suscribe, _____ (2) declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI NO (1) se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" (3) aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído.*En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo:* _____

Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

Documento: Tipo (4) _____ Nro. _____ País y Autoridad de Emisión _____

Carácter Invocado (5): _____

Identificación Tributaria: CUIT CUIL CDI (1) Nro. _____(1) *Tildar lo que corresponda.*(2) *Integrar con el nombre y apellido del cliente y/o del beneficiario, aún cuando en su representación firme un apoderado.*(3) *Ver lista de referencia al final del formulario COM-119 F Requerimiento de Datos UIF (Apartado D).*(4) *Indicar DNI, LE o LC para argentinos nativos. Para extranjeros: DNI extranjeros, Carné internacional, Pasaporte, Certificado provisorio, Documento de identidad del respectivo país, según corresponda. Este dato corresponde al titular y/o beneficiario, salvo que firme un apoderado en su nombre.*(5) *Indicar titular, representante legal, apoderado. Cuando se trate de apoderado, el poder otorgado debe ser amplio y general y estar vigente a la fecha en que se suscriba la presente declaración.***Apartado - 2 - Personas Jurídicas**

Denominación o Razón Social: _____

Fecha y número de inscripción Registral: _____

Identificación Tributaria: CUIT Nro. _____ Fecha del Contrato o Escritura de constitución: ____ / ____ / ____

Domicilio Legal: Calle _____ Número _____ Piso: _____ Dpto: _____

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

Teléfono de la sede social: (1) (_____) _____ Correo Electrónico: (1) _____

Actividad Principal realizada: (2) _____

(1) *En caso de no poseer, integrar el campo aclarando "NO POSEO"*(2) *En caso de estar inscripto en A.F.I.P. detallar el código y la descripción de la actividad***Documentación a Presentar**

- Copia del Estatuto Social actualizado. Deberá estar certificada por escribano público o por el propio sujeto obligado.
- Copia certificada por Escribano Público del Acta del Órgano decisorio designando autoridades, representante legal, apoderados y/o autorizados con el uso de firma, que operen ante Nación Seguros S.A. y Nación Seguros de Retiro S.A. en nombre y representación de la Persona Jurídica.
- Titularidad del capital social actualizada.
- Datos Identificatorios de las Autoridades, Representante Legal, Apoderados y/o autorizados con el uso de firma, que operen ante el Sujeto Obligado en nombre y representación de la Persona Jurídica.
- Identificación de las personas físicas que directa o indirectamente ejerzan el control real de la persona jurídica (Completar Apartado 1 - Persona Física).

Nro. de Póliza Ramo: N° de Siniestro: **Datos Adicionales** (Persona Física y/o Persona Jurídica)

Vínculo con el tomador, si lo hubiere: _____

Calidad bajo la cual cobra la indemnización:

- Tercero damnificado Acreedor prendario o hipotecario
 Beneficiario designado o heredero legal Cesionario de los derechos de póliza (Completar Apartado 4)
 Titular del interés asegurable Apoderado o representante legal
 Sentencia Judicial Condenatoria (en caso de seleccionar esta opción, deberá adjuntar y completar la siguiente información):

Apellidos y Nombres: _____

Juzgado en el que tramita: _____ Expediente Nro.: _____

*Adjuntar copia certificada de la sentencia y, de haberse efectuado, de la liquidación aprobada judicialmente.***Apartado - 3 - Organismos Públicos****DATOS DEL ORGANISMO**

Nombre de la Dependencia: _____

N° de CUIT: _____ Teléfono (1): (_____) _____

Domicilio Legal: Calle: _____ Número: _____ Piso: _____ Dpto: _____

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

*(1) En el caso de no poseer, integrar el campo aclarando "NO POSEO".***FUNCIONARIO INTERVINIENTE****Importante:** Adjuntar copia certificada del Acto Administrativo de designación del Funcionario Interviniente.

Nombres: _____ Apellidos: _____

Documento: DNI LC LE Nro. _____ (Adjuntar copia) N° de CUIL: _____

Domicilio Real: Calle: _____ Número: _____ Piso: _____ Dpto: _____

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

Apartado - 4 - Cesionario de los derechos de Póliza (adicionalmete deberá requerirse la siguiente información)*Conforme lo establecido por la Unidad de Información Financiera, en los casos que corresponda, se solicitará la integración del Formulario: **COM-119 F Requerimiento de Datos UIF-Personas Físicas** y la información complementaria detallada en el mismo, el cual se encuentra a disposición en las oficinas de la compañía o puede ser consultado desde el sitio web: www.nacion-seguros.com.ar*

Identificación del cesionario o beneficiario: _____

Motivos que originan la cesión de derechos o cambio de beneficiario: _____

Vínculo entre el asegurado / tomador y el cesionario / beneficiario: _____

*Adjuntar copia de la Escritura Pública respectiva o en su caso, Instrumento Privado con firmas certificadas ante Escribano público, o bien Acta Judicial donde conste la referida cesión.**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 del Declarante