

Indique en el croquis las calles y dirección de los vehículos con flechas:

	N		
O		E	
	S		

TESTIGOS

Nombre y apellido: _____ LE/DNI/LC n° _____ Mail: _____
 Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Teléfono móvil: _____

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Marque con una x la documentación que acompaña al Reclamo. Dicha documentación es de carácter obligatorio.

- Copia DNI del lesionado.
- Copia denuncia policial.
- Copia Certificados Médicos o Constancias de atención primaria de la Autoridad Competente.
- Copias comprobantes de Gastos médicos y medicamentos (en caso de que hubieran).
- Partida de nacimiento y DNI de los padres (en caso de que el lesionado sea menor).

Por todo ello, declaro conocer y aceptar de plena conformidad que la presentación de este Reclamo y documentación acompañada, no implica reconocimiento de responsabilidad o compromiso de pago por parte de Triunfo Seguros, su asegurado y/o conductor habilitado. Así mismo, reconozco que los datos y demás referencias que se consignan en la presente nota de reclamo tienen carácter de Declaración Jurada.

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, incísoc) 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 a lo establecido en el Art. N° 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.

Este Reclamo queda sujeto a análisis de Triunfo Seguros.

 Firma por Triunfo Seguros
 Aclaración:
 Fecha:

 Firma Tercero
 Aclaración:
 Fecha:

USO INTERNO TRIUNFO SEGUROS

Siniestro N°: _____ Póliza N°: _____
 Denuncia N°: _____ Cobertura: _____