

FORMULARIO DE DENUNCIA | VIDA

El presente formulario debe ser enviado a la Compañía dentro de las 72 horas de producido el evento cubierto. Para poder dar curso es condición responder a todas las preguntas en forma completa, detallada y precisa, sin dejar ninguna pendiente de respuesta y acompañar – indefectiblemente- fotocopia de **Documento Nacional de Identidad**.

El denunciante declara expresamente conocer los términos y condiciones de la póliza contratada.

En caso de tener dudas sobre como realizar la denuncia del siniestro y/o completar el presente formulario, por favor comuníquese con **NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Departamento de Siniestros – siniestros@nobleseguros.com - Teléfonos: (011) 5239-2030

POLIZA	CERTIFICADO	NÚMERO DE SINIESTRO	SELLO DE ENTRADA

TOMADOR

Apellido y Nombre / Razón Social

Tipo y Nº de Documento / C.U.I.T. / C.U.I.L:

ASEGURADO

Apellido y Nombre:

Tipo y Nº Documento / C.U.I.T. / C.U.I.L:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

Matrícula Profesional:

Nacionalidad:

Calle

Nro:

Piso;

Dpto:

Localidad:

Código Postal:

Provincia:

Teléfono:

Email:

COBERTURAS	COBERTURA AFECTADA (indicar con X)
Muerte por enfermedad o accidente (Cobertura Básica)	
Muerte por accidente	
Adicional por accidente	
Invalidez total y permanente por enfermedad o accidente	
Invalidez total y permanente por accidente	
Lucro Cesante	
Otra (detallar)	

DECLARACIÓN DEL TOMADOR (en caso de ser el empleador del Asegurado):

Fecha en la que el Asegurado concurrió efectivamente por última vez al empleo:

DECLARACIONES DEL ASEGURADO / DENUNCIANTE (en caso de corresponder):

En caso de enfermedad, se deberá informar lo siguiente:

- a) Fecha en que advirtió los síntomas:
- b) Último día en actividad:
- c) Naturaleza y relevancia de la enfermedad:
- d) Fecha de la primera consulta médica relativa a la enfermedad:
- e) Tratamiento recibido y medicación utilizada:
- f) Historial médico relacionado con la enfermedad que padece - Acompañar copia del mismo:

En caso de accidente, se deberá informar lo siguiente:

- a) Lugar, fecha y hora del accidente:
 - b) Circunstancias del accidente y sus consecuencias:
 - c) Lesiones sufridas:
 - d) Nombre del médico que le prestó los primeros auxilios:
 - e) Establecimiento sanitario donde fue atendido y/o internado:
 - f) Médico tratante y lugar de atención:
 - g) Sumario Policial Si No
- (En los supuestos que hubiese sumario policial informar los datos del mismo)

INFORMACIÓN SOBRE EL / LOS BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre / Razón Social:

Tipo y Nº Documento / C.U.I.T. / C.U.I.L.:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

Matrícula Profesional:

Nacionalidad:

Calle

Nro:

Piso;

Dpto:

Localidad:

Código Postal:

Provincia:

Teléfono:

Email:

Carácter bajo el que cobra la indemnización (marcar con X lo que corresponda):

Titular del interés asegurado: Tercero damnificado:

Beneficiario designado o heredero legal: Cesionario de los derechos de la póliza:

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Indicar la copia documentación que se acompaña conjuntamente con la denuncia del siniestro:

- Partida de defunción
- Declaración del médico interviniente
- Historia Clínica
- Constancias y Exámenes médicos complementarios

- Denuncia Policial
- Constancias Testimoniales del evento cubierto
- Documentación Judicial relativa a la presunción de fallecimiento del Asegurado
- Documentación que avale la declaración de ingresos del Asegurado (facturas, recibos y otros)
- Otra (detallar):

OBSERVACIONES:

FORMA DE PAGO

En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización en:

BANCO	NÚMERO DE CUENTA																		
Nº CBU																			

*Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que Noble Compañía de Seguros s.a. pueda recabar cualquier información de cualquier médico y/o clínica y otras instituciones que alguna vez me hayan atendido y de cualquier Compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna y por la presente autorizo la entrega de dicha información.
Yo, abajo firmante, certifico que son sinceras y verídicas las declaraciones precedentes.*

Lugar y Fecha

Firma del Tomador Aclaración:

Firma del Asegurado/Beneficiario Aclaración:
