|  |
| --- |
| **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 respuesta y acompañar, indefectiblemente, fotocopia de DNI. 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:

NUBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Departamento de Siniestros, siniestros@nobleseguros.com, Teléfonos: (011) 5239 - 2030

|  |  |
| --- | --- |
| PÓLIZA | CERTIFICADO |
|  |  |

**TOMADOR**

|  |
| --- |
| Apellido y Nombre / Razón Social: |
| Tipo y N° de Documento / C.U.I.T. / C.U.I.L. : |

**ASEGURADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido y Nombre: | | | |
| Tipo y N° de Documento / C.U.I.T. / C.U.I.L. : | | | |
| Fecha de Nacimiento:  /  / | | | |
| Dirección: | Ciudad: | |  |
|  | Código Postal: | | Estado / Provincia: |
| Teléfono: | | E-Mail: | |

**COBERTURAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 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:** | |
| 1. Fecha en que advirtió los síntomas: | /  / |
| 1. Último día en actividad: | /  / |
| 1. Naturaleza y relevancia de la enfermedad: | /  / |
| 1. Fecha de la primera consulta médica relativa a la enfermedad: | /  / |
| 1. Tratamiento recibido y medicación utilizada: |  |
| 1. Historial médico relacionado con la enfermedad que padece: |  |
| **En caso de accidente, se deberá informar lo siguiente:** | |
| 1. Lugar, fecha y hora del accidente: | /  / |
| 1. Circunstancias del accidente y sus consecuencias: |  |
| 1. Lesiones sufridas: |  |
| 1. Nombre del médico que le prestó los primeros auxilios: |  |
| 1. Establecimiento sanitario donde fue atendido y / o internado: |  |
| 1. Médico tratante y lugar de atención: |  |
| 1. Sumario Policial | SI  NO |

**Documentación Complementaria**

Adjuntar a la presente denuncia, la copia de la siguiente documentación:

* 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:**

**Declaro a mi mejor saber y entender que toda 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 algunas 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.**

**SI**

Firma:

Lugar:

Fecha:  /  /