

## MUY IMPORTANTE

# PROCEDIMIENTO DE DENUNCIA DE RECLAMOS

### RECLAMOS

(Art. 4.3 – Seguro Mala Praxis Médica)

---

#### CONCEPTO:

---

Cualquier notificación por escrito cursada por un tercero que contenga:

- 1) Un reclamo de indemnización por cualquier acto de mala praxis médica presunto o cierto.
- 2) La expresión de la intención de responsabilizar al Asegurado por cualquier acto de mala praxis médica.

**PLAZO:** Dentro de las setenta y dos (72) horas.

**INICIO DE CÓMPUTO:** Desde recibido el reclamo.

**CÓMPUTO DEL PLAZO:** Horas hábiles.

**FORMA:** Escrita (en el "Formulario de Denuncia de Sinistros / Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 2).

#### CONTENIDO:

---

- 1) Consignar la fecha en la cual se recibió la cédula o instrumento por el cual fueron notificados.
- 2) Descripción completa de las particularidades del hecho.
- 3) Circunstancias bajo las cuales el hecho se produjo: Lugar-Tiempo-Forma.
- 4) Circunstancias que pudieron haber sido relevantes para dar origen al reclamo.
- 5) Datos personales de la persona lesionada: Nombre-Domicilio-Estado Civil-Profesión-Ocupación Sexo y Edad.
- 6) Datos de cualquier testigo: Nombre-Domicilio.
- 7) Naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas.
- 8) Demás datos exigidos en el "Formulario de Denuncia de Sinistros/Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 2.

**DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR:** Copia de:

---

- 1) Reclamo.
- 2) Intimación.
- 3) Carta
- 4) Escrito.
- 5) Proceso.
- 6) Notificación.
- 7) Citación judicial.
- 9) Cualquier otro escrito relacionado con el reclamo.
- 10) Toda la documentación en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado.

## PROCEDIMIENTO PARA DENUNCIA DE DEMANDAS.

### DEMANDA JUDICIAL CIVIL

(Art. 10 – Seguro Mala Praxis Médica)

---

#### CONCEPTO:

---

Dentro del concepto de Demandas Judiciales se incluyen todos los escritos notificados por un órgano judicial al Asegurado en los cuales:

- 1) Se reclame indemnización por cualquier acto de mala praxis médica presunto o cierto.
- 2) Se cite o emplace de cualquier forma para presentarse o comparecer ante el órgano judicial.
- 3) Se inicie Beneficio de Litigar sin Gastos, Declaratoria de Pobreza u otro proceso con el fin de litigar sin gastos.
- 4) Se efectivicen medidas cautelares, secuestros o exhibición de documentos, pruebas anticipadas o aseguramiento de pruebas, medidas o diligencias preliminares.
- 5) Se ordene cumplir cualquier otra resolución judicial.

**PLAZO:** Dentro del primer (1) día.

**INICIO DE CÓMPUTO:** Dentro la fecha de recibida la Notificación.

**CÓMPUTO DEL PLAZO:** Días hábiles.

**FORMA:** Escrita (en el "Formulario de Denuncia de Siniestros / Incidencias" acompañado en la póliza NOBLE Compañía de Seguros S.A. Tel: (5411) 5239-2030 – Fax: (5411) 5279-1127 - Sarmiento 539 8°-9-10° (C1041AAK) Buenos Aires – www.nobleseguros.com - Órgano de control: Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) - Tel: 4338-4000 / 0-800-666-8400 – www.ssn.gob.ar - Registrados bajo el nro. 744 2 como Anexo N° 2). Toda la documentación e información deberá ser entregada en las oficinas de NOBLE Compañía de Seguros S.A. o remitida por correo urgente (24 horas) al domicilio de la Compañía.

#### CONTENIDO:

---

- 1) Consignar la fecha en la cual se recibió la cédula o instrumento por el cual fueron notificados
- 2) Descripción completa de las particularidades del hecho
- 3) Circunstancias bajo las cuales el hecho se produjo: Lugar-Tiempo-Forma
- 4) Circunstancias que pudieron haber sido relevante para dar origen al reclamo
- 5) Datos personales de la persona lesionada: Nombre-Domicilio-Estado Civil-Profesional-Ocupación
- 6) Datos de cualquier testigo: Nombre – Domicilio
- 7) Naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas
- 8) Demás datos exigidos en el "Formulario de Denuncias de Siniestros/Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 2.

**DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR:** Copia de:

---

- 1) Cédula o instrumento por el cual fueron notificados
- 2) Demanda y documentación acompañada con ésta
- 3) Toda la documentación en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado.

## PROCEDIMIENTO PARA DENUNCIA DE INCIDENTES.

### HECHOS ADVERSOS

(Art. 4.1 – Seguro Mala Praxis Médica)

---

### CONCEPTO:

---

- 1) Cualquier hecho y/o circunstancia que pueda derivar en un reclamo.
- 2) Hechos y/o circunstancias enunciados en el "Listado de Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 1.

**PLAZO:** Dentro de los diez (10) días.

**INICIO DE CÓMPUTO:** Desde el conocimiento del hecho o de la circunstancia.

**CÓMPUTO DEL PLAZO:** Días corridos.

**FORMA:** Escrita (en el "Formulario de Denuncia de Siniestros / Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 2).

### CONTENIDO:

---

- 1) Descripción completa de las particularidades del hecho
- 2) Circunstancias bajo las cuales el hecho se produjo: Lugar-Tiempo- Forma
- 3) Circunstancias que pudieron haber sido relevantes para dar origen al reclamo
- 4) Datos personales de la persona lesionada: Nombre-Domicilio-Estado civil-Profesión-Ocupación
- 5) Datos de cualquier testigo: Nombre-Domicilio
- 6) Naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas
- 7) Demás datos exigidos en el "Formulario de Denuncia de Siniestros / Incidencias" acompañado con la póliza como Anexo N° 2.

### DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR:

---

Copia de: Toda la documentación en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado:

## EN CASO DE RECLAMO COMUNICARSE CON: NOBLE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Departamento de siniestros: [siniestros@nobleseguros.com](mailto:siniestros@nobleseguros.com)

Sarmiento 539 Piso 9° - (C1041AAK) Buenos Aires  
Teléfono (011) 5239-2030 Fax (011) 5279-1128

### Atención Médico-Legal 24 HS

(011) 15-5452-1617

-----  
(011) 15-5429-6441

-----  
(011) 15-5249-3287