

FORMULARIO DE DENUNCIA | VIDA OBLIGATORIO

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:

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

PÓLIZA

TOMADOR

Apellido y Nombre / Razón Social:

Email :

DENUNCIANTE

Apellido y Nombre / Razón Social:

Email :

Número de teléfono :

ASEGURADO / EMPLEADO

Apellido y Nombre :

Fecha de Nacimiento: / /

Tipo y N° de Documento :

Fecha de Fallecimiento: / /

Dirección:

Ciudad:

Código Postal:

Estado / Provincia:

Causa de fallecimiento:

Lugar de fallecimiento :

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

Apellido y Nombre / Razón Social:

Tipo y N° de Documento :

CBU :

Le informamos que deberá remitir los siguientes documentos a la mayor brevedad posible a:
siniestros@nobleseguros.com

- Fotocopia legalizada en original de la partida de defunción.
- Constancia de CUIL del/la asegurado/a, la cual se deberá solicitar en ANSES.
- Formulario de Baja ante la AFIP o Formulario Alta Temprana.
- Copia de la DDJJ y del VEP del F931, y la Nómina SICOSS declarada ante la AFIP – solo la hoja en donde aparece el/la asegurado/a del mes del fallecimiento, y de los dos meses anteriores.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final, como así también copia certificada por el empleador del último recibo de haberes que fuera firmado por el/la asegurado/a. Nota: entendemos como copia certificada por el empleador, a la fotocopia del recibo, firmado y sellado en original por personal de RRHH diciendo que es copia fiel de su original.
- Designación de beneficiarios en original, el mismo deberá estar firmado por el/la asegurado/a, además deberá estar sellado y firmado por el contratante.
- De no poseer designación beneficiarios firmada, designación beneficiarios de ANSES.
- Fotocopia del DNI de el/la/los beneficiario/a/s, en donde conste el domicilio real, caso contrario, adjuntar fotocopia del cambio de domicilio y/o nota suscripta por el/la/los beneficiarios indicando el domicilio actual a modo de declaración jurada.
- Constancia de CBU de beneficiarios.
- Constancia de pago de VEP.

He sido notificado/a acerca de la documentación a entregar.

Aceptar

Firma: _____

Lugar:

Fecha: / /