

**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](mailto: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: Sí  No
- (En los supuestos que hubiese sumario policial informar los datos del mismo)

**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 de la 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:

<b>BANCO:</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b> Cta. Cte. <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/>	<b>NÚMERO:</b>
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: