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:

1. Fecha en que advirtió los síntomas:
2. Último día en actividad:
3. Naturaleza y relevancia de la enfermedad:
4. Fecha de la primera consulta médica relativa a la enfermedad:
5. Tratamiento recibido y medicación utilizada:
6. Historial médico relacionado con la enfermedad que padece - Acompañar copia del mismo:

En caso de accidente, se deberá informar lo siguiente:

1. Lugar, fecha y hora del accidente:
2. Circunstancias del accidente y sus consecuencias:
3. Lesiones sufridas:
4. Nombre del médico que le prestó los primeros auxilios:
5. Establecimiento sanitario donde fue atendido y/o internado:
6. Médico tratante y lugar de atención:
7. Sumario Policial □ Si □ 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 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: TIPO DE CUENTA: Cta. Cte. CA NÚMERO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: