|  |
| --- |
| **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:  /  /