DENUNCIA DE SINIESTRO

ACCIDENTES PERSONALES - INTEGRO

SANCOR SEGUROS

PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
NRO. DE SINIESTRO			

TOMADOR

APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL

TIPO DE DOCUMENTO: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ CUIT NRO.: - -

CALLE:	NRO.	PISO	DTO.

CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO

ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRES

TIPO DE DOCUMENTO: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI NRO.: FECHA DE NACIMIENTO

CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO

TAREA QUE REALIZA	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO

HORARIO HABITUAL DE TRABAJO DESDE: HASTA:

DATOS SOBRE EL ACCIDENTE

FECHA DE OCURRENCIA	HORA ACCIDENTE

LUGAR DE OCURRENCIA		TAREA HABITUAL
☐ EN EL TRABAJO	☐ EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO	
☐ AL IR O VOLVER DEL TRABAJO (IN-ITINERE)	☐ DESPLAZAMIENTO EN DIA LABORAL	TAREA DESARROLLADA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE
☐ REAPERTURA	☐ OTRO:	

DOMICILIO DE OCURRENCIA

CALLE	NRO.	PISO	DTO.

COD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE (INDICAR CONSECUENCIAS DEL MISMO)

PRESTADOR

APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL

TIPO DE DOCUMENTO: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ CUIT NRO.: - -

CALLE:	NRO.	PISO	DTO.

CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO

ENTREGA DE COMPROBANTES DE PAGO POR MEDIO ELECTRONICO:
En mi carácter de TOMADOR/ASEGURADO, solicito que la documentación asociada a esta solicitud de reintegro sea entregada electronicamente a la siguiente dirección de correo electrónico:

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Sancor Cooperativa de Seguros Limitada". Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a de Datos Personales: www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

LUGAR: _____		
FECHA: _____/_____/ _____	FIRMA DEL TOMADOR	ACLARACIÓN DE FIRMA

COMO ACTUAL EN CASO DE ACCIDENTE:

a) Traslade al accidentado al Prestador médico adherido a la red de Sancor Seguros más próximo a su domicilio, presentando en el mismo 3 ejemplares del presente formulario
b) Efectúe la denuncia del siniestro en Sancor Seguros, llamando inmediatamente al 0800 555 28500.
c) El presente formulario deberá ser presentado a la compañía dentro de las 72 Hs. de producido el accidente o anticipar el mismo al fax 0800 888 2850.

El denunciante declara expresamente conocer las condiciones de póliza.

GRUPO SANCOR SEGUROS

Por triplicado en papel químico original Blanco, duplicado Canario y triplicado Verde
AP - Formulario - Siniestros 600_20 - Denuncia de Siniestros Integro Versión: 0001 (13/12/2013) Accidentes Personales