

PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN
NRO. DE SINIESTRO		

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL														
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT						NRO.:			-			-		
	CALLE:						NRO.			PISO			DTO.		
	CÓD. POSTAL				LOCALIDAD				PROVINCIA				TELÉFONO		

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES															
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT						NRO.:			-			-			
	CALLE:						NRO.			PISO			DTO.			
	CÓD. POSTAL				LOCALIDAD				PROVINCIA				TELÉFONO			
	TAREA QUE REALIZA						ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO									

En caso de requerir el pago por transferencia bancaria deberá adjuntar copia de la constancia de CBU.

DATOS DEL ACCIDENTE	FECHA DE OCURRENCIA:				HORA:			
	LUGAR DONDE SE PRODUJO							
	CÓD. POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA		TELÉFONO	
	DESCRIPCIÓN DEL HECHO							
	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR							
	1- TESTIGOS							
	APELLIDO Y NOMBRES						DOMICILIO	
	APELLIDO Y NOMBRES						DOMICILIO	
	APELLIDO Y NOMBRES						DOMICILIO	
	2- ¿SE INSTRUYÓ ACTA POLICIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
¿HA SUFRIDO ANTES OTROS ACCIDENTES? ¿CUÁLES?								

EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

¿FUE DURANTE EL HORARIO DE TRABAJO?
¿SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL?

El presente formulario debe ser enviado a la compañía dentro de las 72 horas de producido el accidente. 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 y oportunamente certificado de Alta Médica.
El denunciante declara expresamente conocer el Nomenclador, Valores Modulados, Requisitos, Reglamentación General y Cláusulas Adicionales Contratadas.

LUGAR: _____	_____	_____
FECHA: ____/____/____	FIRMA DEL ACCIDENTADO	FIRMA DEL BENEFICIARIO
	_____	_____
	ACLARACIÓN DE FIRMA	ACLARACIÓN DE FIRMA

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

AGENTE CAUSANTE DEL ACCIDENTE:	
FORMA EN QUE EL ACCIDENTADO REFIERE HABER SUFRIDO EL ACCIDENTE:	
SINTOMATOLOGÍA QUE REFIERE A CAUSA DEL ACCIDENTE:	
LESIONES IMPUTABLES AL ACCIDENTE:	
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:	
LESIONES ORGÁNICAS, ALTERACIONES FUNCIONALES O AFECCIONES ANTERIORES Y/O AJENAS AL ACCIDENTE:	
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:	
CURACIÓN PRACTICADA / TRATAMIENTO PRESCRIPTO:	
¿EL LESIONADO DEBE GUARDAR CAMA? <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO	CANTIDAD DE DÍAS:
¿DEBE INTERNARSE? <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO	CANTIDAD DE DÍAS:
CONSECUENCIAS QUE HA TENIDO O PUEDE TENER A RAÍZ DEL ACCIDENTE:	
MUERTE: <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO	INCAPACIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> TOTAL - <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> NO
DURANTE EL TRATAMIENTO ¿PUEDE SEGUIR TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO	
DÍAS DE DURACIÓN:	DÍAS QUE DEBERÁ FALTAR AL TRABAJO:
EXPEDIDO EN:	EL DÍA:

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: www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

LUGAR: _____		
FECHA: ____/____/____	_____ SELLO DEL MÉDICO	_____ FIRMA DEL MÉDICO

A fin de conocer la documentación a presentar en caso de siniestro, consulte el PROTOCOLO DE SINIESTROS en www.gruposancorsegueros.com