

ACCIDENTES PERSONALES - INTEGRO

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: <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				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					
	<input type="checkbox"/> EN EL TRABAJO			<input type="checkbox"/> EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO			TAREA DESARROLLADA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE					
	<input type="checkbox"/> AL IR O VOLVER DEL TRABAJO (IN-ITINERE)			<input type="checkbox"/> DESPLAZAMIENTO EN DIA LABORAL								
	<input type="checkbox"/> REAPERTURA			<input type="checkbox"/> 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: <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		

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 electrónicamente 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: _____	FIRMA DEL TOMADOR	ACLARACIÓN DE FIRMA
FECHA: ____/____/____		

COMO ACTUAL EN CASO DE ACCIDENTE:

- 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
- Efectúe la denuncia del siniestro en Sancor Seguros, llamando inmediatamente al 0800 555 28500.
- 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.