



DIVISION SEGUROS DE PERSONAS

# ALTA MÉDICA

## ACCIDENTES PERSONALES



PÓLIZA	CERTIFICADO				
NRO. DE SINIESTRO		SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN			

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL				
	ASOCIACION PAMPEANA DE HOCKEY SOBRE CESPED Y PISTA				
	CUIT: 30-70754956-0				
	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		
	CALLE					NRO.	PISO	DTO.					
	CÓD. POSTAL	LOCALIDAD				PROVINCIA	TELÉFONO						
	TAREA QUE REALIZA					ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO							

PRESTADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL										
	CALLE					NRO.	PISO	DTO.			
	CÓD. POSTAL	LOCALIDAD				PROVINCIA	TELÉFONO				

INFORME MÉDICO									
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:									
PÉRDIDAS DE MIEMBROS:									
ANTECEDENTES CLÍNICOS:									
TIPO DE INCAPACIDAD:									
FECHA DE SINIESTRO:					DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN:				
FECHA DE INGRESO:					FECHA DE ALTA:				

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

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