



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

DENUNCIA DE SINIESTRO

ACCIDENTES PERSONALES



POLIZA	CERTIFICADO		
NRO. DE SINIESTRO			

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL				
	ASOCIACION PAMPEANA DE HOCKEY SOBRE CESPED Y PISTA				
	CUIT : 30-70754956-0				
	CALLE		NRO.	PISO	DTO.
COD. POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA	TELEFONO

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI								
	CALLE				NRO.		PISO		DTO.			
	COD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO			
TAREA QUE REALIZA						ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO						

FORMA DE PAGO	NUMERO DE CUENTA						BANCO					
	NUMERO DE CBU											
	ENTREGA DE COMPROBANTES DE PAGO POR MEDIO ELECTRONICO: En mi carácter de TOMADOR/ASEGURADO, solicito que la documentación asociada a esta denuncia de siniestros sea entregada electrónicamente a la siguiente dirección de correo electrónico: EMAIL:											

DATOS DEL ACCIDENTE	FECHA DE OCURENCIA				HORA			
	LUGAR DONDE SE PRODUJO							
	COD. POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA		TELEFONO	
	DESCRIPCIÓN DEL HECHO							
	APELLIDO Y NOMBRES O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR							

OTROS DATOS	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? ¿CUALES?		

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: FIRMA DEL ACCIDENTADO FIRMA DEL BENEFICIARIO
FECHA:/...../..... ACLARACIÓN DE FIRMA ACLARACIÓN DE FIRMA

DATOS A COMPLETAR POR EL MEDICO 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?	SI		NO		CANTIDAD DE DÍAS:
----------------------------------	----	--	----	--	-------------------

¿DEBE INTERNARSE?	SI		NO		CANTIDAD DE DÍAS:
-------------------	----	--	----	--	-------------------

CONSECUENCIAS QUE HA TENIDO O PUEDE TENER A RAÍZ DEL ACCIDENTE:

MUERTE:	SI		NO		INCAPACIDAD:	SI		TOTAL		PARCIAL	
---------	----	--	----	--	--------------	----	--	-------	--	---------	--

DURANTE EL TRATAMIENTO ¿PUEDE SEGUIR TRABAJANDO?	SI		NO	
--	----	--	----	--

DIAS 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 de Datos Personales: <http://www.ius.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Ejerza sus derechos".

LUGAR:		
FECHA:/...../.....	SELLO DEL MEDICO	FIRMA DEL MEDICO

A continuación le informamos los elementos requeridos para el siniestro de acuerdo a la cobertura afectada. Por favor marcar la información enviada.

Incapacidad Permanente (Parcial o Total según corresponda)	<input type="checkbox"/> Denuncia de Siniestro F6/12	<input type="checkbox"/> Estudios Realizados	<input type="checkbox"/> Alta Médica Definitiva F6/13
Muerte	<input type="checkbox"/> Denuncia de Siniestro F6/12	<input type="checkbox"/> Copia Certificada de Acta de Defunción	<input type="checkbox"/> Declaratoria de Herederos y/o convenio de pago donde demuestre el perjuicio económico y el interés asegurable
Renta diaria	<input type="checkbox"/> Denuncia de Siniestro F6/12	<input type="checkbox"/> Historia Clínica /Certificados médicos	<input type="checkbox"/> Alta médica definitiva