



ASOCIACIÓN PAMPEANA DE HOCKEY

---

## DENUNCIA DEL SINIESTRO

Para la denuncia correspondiente se deben completar los formularios del adjunto (son 3 planillas en total).

**TODO SINIESTRO DEBE INFORMARSE DENTRO DE LAS 72 HS DE OCURRIDO EL HECHO.**

El mas importante y urgente es el de “DENUNCIA DE SINIESTRO” que debe completar el medico tratante (firma y sello matrícula). Luego reenviar copia vía e-mail a [secretariaaph@hotmail.com](mailto:secretariaaph@hotmail.com)

Para los reintegros correspondientes de los gastos de asistencia médica y farmacéutica se deberá presentar copia de factura y/o ticket oficial de pago medicamentos, recetas médicas y troqueles de medicamentos prescritos. Se efectúa la indemnización una vez otorgada el alta médica.

Las planillas deben retornarse en forma COMPLETA:

- \*FECHA
- \*HORA DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE
- \*LUGAR
- \*NOMBRE o RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR QUE REALIZO LA ATENCION

Recordamos que para el correspondiente reintegro de todo siniestro que ocurra se deben presentar los formularios correspondientes completos junto con las recetas y facturas oficiales abonadas, tanto a profesionales y recetas médicas con los correspondientes troqueles de los mismos.  
Y el correspondiente formulario de “ALTA MEDICA”.

**Accidentados:** Hasta que no se presente el alta médica debidamente completa y firmada por el medico, los accidentados no deberían jugar. Si lo hicieran y se produce un nuevo siniestro, lo deberán afrontar por sus propios medios.

---



**DENUNCIA DE SINIESTRO**  
ACCIDENTES PERSONALES



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

<b>TOMADOR</b>	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL ASOCIACION PAMPEANA DE HOCKEY SOBRE CESPED Y PISTA				
	CUIT : 30-70754956-0				
	CALLE Av. Iliá		NRO. 795	PISO	DTO.
	COD. POSTAL 6360	LOCALIDAD SANTA ROSA	PROVINCIA LA PAMPA	TELEFONO	

<b>ASEGURADO</b>	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					

<b>FORMA DE PAGO</b>	NUMERO DE CUENTA					BANCO				
	NUMERO DE CBU									
	<b>ENTREGA DE COMPROBANTES DE PAGO POR MEDIO ELECTRONICO:</b> 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: .....									

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

<b>OTROS DATOS</b>	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?		

<b>EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL</b>	
¿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 RÁIZ DEL ACCIDENTE:										
MUERTE:	SI		NO	INCAPACIDAD:	SI		TOTAL		PARCIAL	
DURANTE EL TRATAMIENTO ¿PUEDE SEGUIR TRABAJANDO?					SI		NO			
DÍAS DE DURACIÓN:					DÍAS QUE DEBERÁ FALTAR AL TRABAJO:					
EXPEDIDO EN:					EL DÍA:					
<p>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: <a href="http://www.lus.gov.ar/datos-personales.aspx">http://www.lus.gov.ar/datos-personales.aspx</a> link "Ejerza sus derechos"</p>										
LUGAR: .....			<b>SELLO DEL MEDICO</b>				<b>FIRMA DEL MEDICO</b>			
FECHA: ...../...../.....										
<b>A continuación le informamos los elementos requeridos para el siniestro de acuerdo a la cobertura afectada. Por favor marcar la información enviada.</b>										
<b>Incapacidad Permanente (Parcial o Total según corresponda)</b>	<input type="checkbox"/> Denuncia de Siniestro F6/12	<input type="checkbox"/> Estudios Realizados	<input type="checkbox"/> Alta Médica Definitiva F6/13							
<b>Muerte</b>	<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							
<b>Renta diaria</b>	<input type="checkbox"/> Denuncia de Siniestro F6/12	<input type="checkbox"/> Historia Clínica /Certificados médicos	<input type="checkbox"/> Alta médica definitiva							



# SOLICITUD DE REINTEGRO POR ASISTENCIA MÉDICO-FARMACÉUTICA

## ACCIDENTES PERSONALES



<b>POLIZA</b>	<b>CERTIFICADO</b>		
Ref.: 4594253			
<b>NRO. DE SINIESTRO</b>			
		<b>SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.</b>	<b>SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL</b>

<b>TOMADOR</b>	<b>APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL</b>			
	ASOCIACION PAMPEANA DE HOCKEY SOBRE CESPED Y PISTA			
	CUIT: 30-70754956-0			
	<b>CALLE</b> Av. Iliá	<b>NRO.</b> 795	<b>PISO</b>	<b>DTO.</b>
<b>COD. POSTAL</b> 6360	<b>LOCALIDAD</b> SANTA ROSA	<b>PROVINCIA</b> LA PAMPA	<b>TELEFONO</b>	
<b>ENTREGA DE COMPROBANTES DE PAGO POR MEDIO ELECTRONICO:</b>				
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:				
<b>EMAIL:</b> .....				

Señores de:  
**SANCOR SEGUROS - SINIESTROS SEGUROS DE PERSONAS-**  
**PRESENTE**

Por la presente se solicita el reintegro de los gastos médico-farmacéuticos del asegurado : .....

D.N.I.: ....., por accidente ocurrido durante el horario de trabajo el día ...../...../....., según denuncia oportunamente presentada.

<b>DETALLE DE COMPROBANTES ADJUNTOS</b>	<b>NRO. FACTURA</b>	<b>PRESTADOR</b>	<b>IMPORTE</b>	<b>BENEFICIARIO DEL REINTEGRO</b>
				"
				"
				"
				"
				"
				"
				"
<b>TOTAL</b>				

- ELEMENTOS QUE SE DEBEN CUMPLIMENTAR PARA REINTEGROS POR PRESTACIONES MÉDICAS, CONSULTAS Y/O PRÁCTICAS (ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD DE REINTEGRO)**
- Recibo oficial de pago que cumpla con los requisitos de la D.G.I., emitido por el prestador, conteniendo el nombre del profesional, números de matrículas y especialidades y lugar donde se realizó la atención.
  - Se deben hacer constar el número de consultas y/o prácticas con fecha de realización de las mismas.
  - Codificación según Nomenclador de Entidades Aseguradoras.
  - Factura y/o ticket oficial de pago de medicamentos con la respectiva prescripción médica
  - Troqueles correspondientes a cada medicamento

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.jus.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Ejercer sus derechos".

<b>LUGAR:</b> .....		
<b>FECHA:</b> ...../...../.....	<b>FIRMA DEL BENEFICIARIO</b>	<b>ACLARACION DE FIRMA</b>

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

Denuncia de Siniestro F6/12 \*  
 Informe Médico  
 Historia Clínica  
 Protocolo Quirúrgico

**(\*) Nro. de póliza, Nro. de Certificado, DNI del Accidentado, Fecha y hora de ocurrencia y Descripción del Hecho, son datos obligatorios e imprescindibles para dar curso al siniestro.**



ALTA MÉDICA  
ACCIDENTES PERSONALES



PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN
Ref.: 4594253		
NRO. DE SINIESTRO		

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL			
	ASOCIACION PAMPEANA DE HOCKEY SOBRE CESPED Y PISTA			
	CUIT: 30-70754956-0			
	CALLE	NRO.	PISO	DTO.
Av. Iliá	795			
CÓD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	
6360	SANTA ROSA	LA PAMPA		

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	
6360			SANTA ROSA				LA PAMPA			
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: ____/____/____		