

ACCIDENTES PERSONALES



PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN
NRO. DE SINIESTRO		

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL																									
	TIPO DE DOCUMENTO: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ CUIT										NRO.:			-												-
	CALLE:										NRO.			PISO			DTO.									
	CÓD. POSTAL				LOCALIDAD							PROVINCIA				TELÉFONO										

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES																														
	TIPO DE DOCUMENTO: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ 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.

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? ☐ SI ☐ NO				
¿HA SUFRIDO ANTES OTROS ACCIDENTES? ¿CUÁLES?				

¿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 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? ☐ 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 ☐ NO	
DURANTE EL TRATAMIENTO ¿PUEDE SEGUIR TRABAJANDO? ☐ SI - ☐ 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.gruposancorseguros.com