

DENUNCIA DE SINIESTROS DENUNCIA DE SINIES I ROS SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INTEGRO COLEGIOS SANCOR SEGUROS



PÓLIZA CERTIFICADO																								
	NR	O. DE SINIE	STRO																					
			SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.								SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL													
ESTABLECIMIENTO o INSTITUCIÓN																								
~		1																						
00	CUIT	Т				NRO.:																	-	
TOMADOR				CALLE:							NRO.					PISO DTO.								
ĭ	CÓD. POSTAL				LOCALIDAD								PROVINCIA						TELÉFONO					
							A	APELLI	DO Y N	IOMBF	RES													
ADO														FECHA DE NA								CIMIEN	TO	
	TIPO DE DOCUMENTO: DNI LE LC				CI NRO.:														. Zelin be					
L L L					CALLE:									NRO.				PISO	PISO DTC			O.		
ACCIDENTADO	CÓD. POSTAL				LOCALIDAD								PROVINCIA					TELÉFONO						
AC	CONDICIÓN DE ALUMNO				CURSO														TURNO					
	DESDE:				ORARIO HABITUAL HASTA:									ESTADO CIVIL										
	FECHA DE OCURRENCIA				HORA ACCIDENTE																			
					HOIN ACCID																			
	LUGAR DE OCURR					RENCIA FORMA DE OCURRENCIA																		
빌	IN ITINERE	☐ SI	□NO	FE	CHA DE ALTA DEFINITIVA				PARTE DEL CUERPO LESIONA				ADA											
DEN	PRESTADOR MÉDICO																							
	PRESTADOR				E OCURRENCIA																			
EL /				CALLE						DE OCURRENCIA NRO.					PISO				DTO.					
3RE																								
DATOS SOBRE EL ACCIDENTE	COD. POSTAL				LOCALIDAD PF								PR	OVINCIA						TELÉFONO				
T05	DESCRIPCION DEL ACCIDENTE (INDICAR CONSECUENCIAS DEL MISMO)																							
DA																								
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:	LUGAR:																							
FECHA:/						FIRMA DEL TOMADOR								ACLARACIÓN DE FIRMA										
	ACTUAL EN CA			dico adheri	ido a l	la red de Sanc	or Seauros	más pi	róximo	a su c	domic	cilio.	prese	ntan	do en e	el m	ismo 3	eiem	plares	del pre	esente	formul	ario	

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

GRUPO SANCOR SEGUROS