



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS



**DENUNCIA DE ACCIDENTE
RAMO ACCIDENTES PERSONALES**



POLIZA Ref 5038151	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
NRO. DE SINIESTRO			

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL CLUN INTERPROFESIOANAL DEPORTIVO SOCIAL Y CULTURAL DE PARANA																	
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT												
	DNI	LE	LC	CI	CUIT X	3	0	-	6	2	8	5	1	3	3	8	-	0
	CALLE RACEDO								NRO. 455				PISO			DTO.		
COD. POSTAL 3100				LOCALIDAD PARANA				PROVINCIA ENTRE RIOS				TELEFONO						

ACCIDENTADO	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									
DESDE								HORARIO HABITUAL DE TRABAJO								HASTA		

DATOS SOBRE EL ACCIDENTE	FECHA DE OCURRENCIA								HORA ACCIDENTE							
	LUGAR DE OCURRENCIA										TAREA HABITUAL:					
	<input type="checkbox"/> EN EL TRABAJO				<input type="checkbox"/> EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO				TAREA DESARROLLADA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE:							
	<input type="checkbox"/> AL IR O VOLVER DEL TRABAJO (IN-ITINERE)				<input type="checkbox"/> DESPLAZAMIENTO EN DIA LABORAL											
	<input type="checkbox"/> REAPERTURA				<input type="checkbox"/> OTRO:											
	DOMICILIO DE OCURRENCIA															
	CALLE				NRO.				PISO				DTO.			
COD. POSTAL				LOCALIDAD				PROVINCIA				TELEFONO				
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE (INDICAR CONSECUENCIAS DEL MISMO)																

PRESTADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL																
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT											
	DNI	LE	LC	CI	CUIT												
	CALLE								NRO.				PISO			DTO.	
COD. POSTAL				LOCALIDAD				PROVINCIA				TELEFONO					
ENTREGA DE COMPROBANTES DE PAGO POR MEDIO ELECTRONICO:																	
En mi carácter de TOMADOR/ASEGURADO, solicito que la documentación asociada a esta solicitud de reintegro sea entregada electronicamente a la siguiente dirección de correo electrónico:																	
EMAIL:																	

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 "Ejerza sus derechos".

LUGAR:	FIRMA DEL TOMADOR	ACLARACION DE FIRMA
FECHA:/...../.....		

COMO ACTUAL EN CASO DE ACCIDENTE:

- Traslade al accidentado al Prestador médico adherido a la red de Sancor Seguros más próximo a su domicilio, presentando en el mismo 3 ejemplares del presente formulario
 - Efectúe la denuncia del siniestro en Sancor Seguros, llamando inmediatamente al **0800 555 28500**.
 - 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.

