

DENUNCIA DE SINIESTRO PARA RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE  
 SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO  
 PÓLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A. Y SANCOR SEGUROS (CAMPAÑÍA PILOTO)

Comunicamos a Uds. la internación del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación.

**Datos del Asegurado**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, código postal): \_\_\_\_\_

D.N.I./L.E./L.C.: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: / / \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Profesión/Actividad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos de la Póliza**

Número: \_\_\_\_\_ Certificado N°: \_\_\_\_\_ Ramo: \_\_\_\_\_

Contratante del Seguro: \_\_\_\_\_ Capital Asegurado: \$ \_\_\_\_\_

**Antecedentes del Asegurado**

Fecha de ingreso al seguro: / / \_\_\_\_\_ N° de legajo: \_\_\_\_\_

Fecha de fallecimiento: / / \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: : / / \_\_\_\_\_

**Datos de los Beneficiarios**

Apellido y Nombres (*)	Parentesco	Tipo y N° Doc. Identidad (*)	Nacimiento
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____

(\*) Consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, provincia, código postal)

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que SANCOR SEGUROS solicite como Compañía Piloto, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N° 17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

\_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_

Firma o impresión digital del Beneficiario Firma o impresión digital del Beneficiario Firma o impresión digital del Beneficiario

**Datos Reservados para Ser Completados por SANCOR SEGUROS**

Fecha de internación: / / \_\_\_\_\_ Fecha de alta: / / \_\_\_\_\_ Cantidad de días de internación: \_\_\_\_\_

SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO)  
INFORME DEL MÉDICO ASISTENTE

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra por el médico que asiste al asegurado y determinó la internación del mismo.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

D.N.I./L.E./L.C.: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Datos del Establecimiento Asistencial en el que fue Internado el Asegurado

Denominación del Establecimiento Asistencial: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, código postal): \_\_\_\_\_

Teléfonos/Fax: \_\_\_\_\_

Datos de la Internación del Asegurado

Referencias de la internación (motivos y consecuencias del accidente sufrido por el asegurado):

Fecha del accidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha del alta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Desde	Hasta	Observaciones relevantes
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Puede el asegurado movilizarse por sus propios medios?: SI  NO

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

Datos del Médico

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Matrícula N°: \_\_\_\_\_ Nacional  Provincial  Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, código postal): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio del Médico

\_\_\_\_\_  
Sello del Establecimiento Asistencial