

ACCIDENTES PERSONALES

PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN
NRO. DE SINIESTRO		

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL													
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT								NRO.:		-		-	
	CALLE						NRO.		PISO		DTO.			
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA		TELÉFONO				

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						
	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, link "Ejerza sus derechos".

LUGAR: _____	SELLO DEL MÉDICO	FIRMA DEL MÉDICO
FECHA: ____/____/____		