

ACCIDENTES PERSONALES - ÍNTEGRO MAX

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				

ACCIDENTADO	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								

CENTRO ASISTENCIAL	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				

CARACTERÍSTICAS DEL ALTA	FECHA DEL SINIESTRO											
	DIAGNÓSTICO DEL ALTA:											
	OBSERVACIONES:											

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 Y FIRMA (DEL MÉDICO QUE OTORGA EL ALTA)	FIRMA DEL ACCIDENTADO
FECHA: ____/____/____		

INSTRUCTIVO
 Sr. Prestador Médico siga estas instrucciones
 1. Anticipe inmediatamente vía fax (dentro de las 24 hs. de otorgada el Alta) al 0800-888-2850.
 2. Remita el mismo a SANCOR SEGUROS por el medio más ágil y seguro.
 3. Entregue al Tomador o al Asegurado Accidentado el duplicado del presente formulario de alta médica.