

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							

INFORME DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL (a completar por el médico)	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						
	FECHA DE PRIMERA ATENCIÓN			HORA			NOMBRE DEL PROFESIONAL									
	ESPECIALIDAD						MATRÍCULA PROFESIONAL									
	DIAGNÓSTICO (especificar además la forma en la que ocurrió el accidente)															
	ESTUDIOS SOLICITADOS															

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: ____/____/____		

INSTRUCTIVO

Sr. Prestador Médico siga estas instrucciones

1. Anticipe el Informe Médico Inicial al fax 0800-888-2850 el original del presente formulario.
2. Remita el mismo a SANCOR SEGUROS.
3. Conserve la copia en su poder.