

PÓLIZA		CERTIFICADO							
MÓDULOS									
HOMBRE		MUJER						CORAZÓN	
1	2	1	2						
NRO. DE SINIESTRO									
SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.						SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL			

TOMADOR O TITULAR	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		

FORMA DE PAGO	NÚMERO DE CUENTA						BANCO					
	NÚMERO DE CBU											

ASEGURADO ATENDIDO	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	

BENEFICIO ADICIONAL	<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS (deberá adjuntar informes de estudios realizados y comprobantes de pago originales).											
	<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICOS CARDIOLÓGICOS (deberá adjuntar informes de estudios realizados y comprobantes de pago originales).											

DECLARACIÓN JURADA	Declaro a mi saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que Sancor Coop. de Seguros Ltda. pueda recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y de cualquier compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.											
	LUGAR: _____											
	FECHA: ____/____/____				_____				_____			
						FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR			ACLARACIÓN DE FIRMA			

A COMPLETAR POR SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA.	CÓDIGO DEL NOMENCLADOR							
	AUTORIZACIÓN		<input type="checkbox"/> SI				<input type="checkbox"/> NO	
	CAUSA DE LA NEGATIVA		<input type="checkbox"/> FALTA DE PAGO			<input type="checkbox"/> FUERA DE VIGENCIA		<input type="checkbox"/> OTROS:
			<input type="checkbox"/> NO ASEGURADO			<input type="checkbox"/> EN CARENCIA		
			VºBº AUDITORÍA MÉDICA				AMPLIACIONES MÉDICAS A SOLICITAR:	
FECHA: ____/____/____		_____				FECHA: ____/____/____		
		FIRMA				FECHA: ____/____/____		