

**DENUNCIA DE SINIESTRO | PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE INGRESOS /
RENDA DIARIA POR INTERNACIÓN / ENFERMEDADES CRÍTICAS /
ENFERMEDADES GRAVES.**



VIDA COLECTIVO

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				
	ESTADO CIVIL				MONTO RENTA MENSUAL									

En caso de requerir el pago por transferencia bancaria deberá adjuntar copia de la constancia de CBU.

COMPLETAR EL CUADRO CORRESPONDIENTE A LA COBERTURA RECLAMADA	RENDA DIARIA POR INTERNACIÓN POR ACCIDENTE											
	DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE											
	LUGAR DEL ACCIDENTE						FECHA DE ACCIDENTE					
	FECHA DE INGRESO A INTERNACIÓN						FECHA DE ALTA DE INTERNACIÓN					
	PÉRDIDA Y/O DISMINUCIÓN DE INGRESOS											
	DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE											
	FECHA DE COMIENZO DE LA PÉRDIDA / DISMINUCIÓN DE INGRESOS						FECHA DE ALTA DE LA PÉRDIDA / DISMINUCIÓN DE INGRESOS					
	ENFERMEDADES CRÍTICAS											
	FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD				DIAGNÓSTICO							
	ENFERMEDADES GRAVES											
FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD				DIAGNÓSTICO								

LUGAR: _____	FIRMA DEL ASEGURADO	ACLARACIÓN DE FIRMA
FECHA: ____/____/____		

A fin de conocer la documentación a presentar en caso de siniestro, consulte el PROTOCOLO DE SINIESTROS en www.gruposancorseguros.com