



**DENUNCIA DE SINIESTROS  
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES  
INTEGRO COLEGIOS**



POLIZA	CERTIFICADO		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG. ESTABLECIMIENTO o INSTITUCIÓN	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
NRO. DE SINIESTRO				

<b>TOMADOR</b>	ESTABLECIMIENTO o INSTITUCIÓN									
	CUIT	NRO. DE CUIT								
	CALLE					NRO.	PISO		D.T.O.	
	COD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA		TELEFONO		

<b>ACCIDENTADO</b>	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI								
	CALLE					NRO.	PISO		D.T.O.			
	COD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA		TELEFONO				
	CONDICIÓN DEL ALUMNO		GRADO/CURSO			NIVEL		TURNO				
	DESDE			HORARIO HABITUAL			HASTA			ESTADO CIVIL		

<b>DATOS SOBRE EL ACCIDENTE</b>	FECHA DE OCURRENCIA				HORA ACCIDENTE				
	LUGAR DE OCURRENCIA				FORMA DE OCURRENCIA				
	IN - ITINERE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FECHA DE ALTA DEFINITIVA		PARTE DEL CUERPO LESIONADA			
	PRESTADOR MÉDICO								
	CALLE				DOMICILIO DE OCURRENCIA				
	COD. POSTAL		LOCALIDAD		NRO.	PISO		D.T.O.	
			LOCALIDAD			PROVINCIA		TELEFONO	
	DESCRIPCION DEL ACCIDENTE (INDICAR CONSECUENCIAS DEL MISMO)								
APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR									

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 de Datos Personales: <http://www.ius.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Ejerza sus derechos".

LUGAR: .....			
FECHA: ...../...../.....	FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO	SELLO DEL ESTABLECIMIENTO	ACLARACION DE FIRMA

**COMO ACTUAR EN CASO DE ACCIDENTE:**

- a) Traslade al accidentado al Prestador médico adherido a la red de Sancor Seguros más próximo a su domicilio, presentando en el mismo 3 ejemplares del presente formulario.
  - b) Efectúe la denuncia del siniestro en Sancor Seguros, llamando inmediatamente al **0800 - 555 - 28500**.
  - c) El presente formulario deberá ser presentado a la compañía dentro de las 72 Hs. de producido el accidente o anticipar el mismo al fax **0800 - 888 - 2850**.
- El denunciante declara expresamente conocer las condiciones de póliza.