



DIVISION SEGUROS DE  
PERSONAS



**DENUNCIA DE ACCIDENTE  
RAMO ACCIDENTES PERSONALES**



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

<b>TOMADOR</b>	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL												
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT							
	DNI	LE	LC	CI	CUIT								
	CALLE						NRO.	PISO	DTO.				
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO			

<b>ACCIDENTADO</b>	APELLIDO Y NOMBRES												
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO				
	DNI	LE	LC	CI									
	CALLE						NRO.	PISO	DTO.				
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO			
	TAREA QUE REALIZA						ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO						
DESDE						HORARIO HABITUAL DE TRABAJO			HASTA				

<b>DATOS SOBRE EL ACCIDENTE</b>	FECHA DE OCURRENCIA				HORA ACCIDENTE								
	LUGAR DE OCURRENCIA						TAREA HABITUAL						
	EN EL TRABAJO				EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO								
	AL IR O VOLVER DEL TRABAJO (IN-ITINERE)				DESPLAZAMIENTO EN DIA LABORAL				TAREA DESARROLLADA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE				
	REAPERTURA				OTRO: .....								
	DOMICILIO DE OCURRENCIA												
	CALLE						NRO.	PISO	DTO.				
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO			
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE (INDICAR CONSECUENCIAS DEL MISMO)													

<b>PRESTADOR</b>	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL												
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT							
	DNI	LE	LC	CI	CUIT								
	CALLE						NRO.	PISO	DTO.				
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO			

LUGAR: .....	.....	.....
FECHA: ...../...../.....	FIRMA DEL TOMADOR	ACLARACION DE FIRMA

**COMO ACTUAL 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 444 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 444 28500.

El denunciante declara expresamente conocer las condiciones de póliza.