

**DENUNCIA DE SINIESTRO**  
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES "ÍNTEGRO"

**DATOS DEL TOMADOR**

Apellido / Nombre / Razón Social: .....  
CUIT/ CUIL: ..... DNI: ..... N° de Póliza: .....  
Domicilio: ..... Localidad: ..... N° TE: .....

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido y Nombre: .....  
Tipo y número de documento: ..... Fecha de nacimiento: .....  
Estado Civil: ..... Domicilio: .....  
C.P.: ..... Localidad: ..... N° TE: .....  
Horario habitual de trabajo (Desde: ..... Hs. Hasta: ..... hs)

**DATOS SOBRE EL ACCIDENTE**

Fecha de ocurrencia: ...../...../..... Hora accidente: .....  
Lugar de ocurrencia:  
 En el trabajo  
 En otro centro o lugar de trabajo  
 Al ir o volver del trabajo (In-itinere)  
 Desplazamiento en día laboral  
 Otro (especificar).....  
Domicilio de ocurrencia: ..... Localidad: ..... CP: .....  
Provincia: ..... País: .....  
Tarea Habitual: .....  
Tarea desarrollada al momento del accidente: .....  
Descripción del accidente (indicar consecuencias del mismo): .....  
.....  
.....  
.....  
Nombre del Prestador médico: .....

.....  
Lugar y fecha

.....  
Firma del Tomador

**¿CÓMO ACTUAR EN CASO DE ACCIDENTE?**

- a) Traslade al accidentado al Prestador Médico adherido a la red de Sancor Seguros más próximo al lugar del accidente, presentando en el mismo 3 ejemplares del presente formulario. (Sancor Seguros/ Prestador/ Tomador).
- b) Efectúe la denuncia del siniestro en Sancor Seguros, llamando inmediatamente al 0800 444 28500.
- c) El presente formulario deberá ser presentado a la Aseguradora 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.

---

## INFORME MÉDICO INICIAL

---

### DATOS DEL TOMADOR

Nombre / Razón Social:.....CUIT/DNI:.....  
N° de Póliza:.....

### DATOS DEL ACCIDENTADO

Nombre del Paciente.....DNI:.....  
Domicilio Particular:.....Localidad:.....CP.....  
Tel.: .....Fecha de Nacimiento ...../...../.....N° de siniestro.....

---

### INFORME DE ATENCIÓN MÉDICA INICIAL (a completar por el médico)

---

Nombre del Establecimiento Asistencial:.....CUIT.....  
Domicilio:.....Localidad.....Provincia.....CP.....  
Tel.....Fax.....E-mail.....

Fecha de Primera atención.....Hora.....Nombre del Profesional.....  
Especialidad.....Matricula Profesional.....

**Diagnóstico (especificar además la forma en la que ocurrió el accidente)**

**Estudios Solicitados:**

### INSTRUCTIVO

**Sr. Prestador Médico siga estas instrucciones**

1. Anticipe el Informe Médico Inicial al fax 0800-444-28500 el original del presente formulario.
2. Remita el mismo a SANCOR SEGUROS.
3. Conserve la copia en su poder.

**Original**

---

**INFORME MÉDICO EVOLUTIVO**

---

**DATOS DEL TOMADOR**

Nombre / Razón Social:.....CUIT/DNI:.....  
Nº de Póliza:.....

**DATOS DEL ACCIDENTADO**

Nombre del Paciente.....DNI:.....  
Domicilio Particular:.....Localidad:.....CP.....  
Tel.: .....Fecha de Nacimiento ...../...../.....Nº de siniestro.....

**INFORME MÉDICO**

Nombre del Establecimiento Asistencial:.....CUIT.....  
Domicilio:.....Localidad.....  
Provincia.....CP.....Tel.....Fax.....E-mail.....

**EVOLUCIÓN DEL SINIESTRO**

Fecha de Atención	Evolución	Nuevo Control	Fecha probable de Alta

**ALTA MÉDICA**

**DATOS DEL TOMADOR**

Nombre / Razón Social:.....CUIT/DNI:.....  
N° de Póliza:.....

**DATOS DEL ACCIDENTADO**

Nombre del Paciente.....DNI:.....  
Domicilio Particular:.....Localidad:.....CP.....  
Tel.:.....Fecha de Nacimiento ...../...../.....N° de siniestro.....

**CENTRO ASISTENCIAL**

Nombre del Establecimiento Asistencial:.....CUIT.....  
Domicilio:.....Localidad.....  
Provincia.....CP.....Tel.....Fax.....E-mail.....

**CARACTERÍSTICAS DEL ALTA**

Fecha del Siniestro...../...../.....

<i>Diagnóstico de alta</i>

**OBSERVACIONES**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Lugar:.....

Fecha:...../...../.....

.....  
Sello y Firma  
(Del médico que otorga el alta)

.....  
Firma del accidentado

**INSTRUCTIVO**

Sr. Prestador Médico siga estas instrucciones:

1. Anticipe inmediatamente vía fax (dentro de las 24 hs. de otorgada el Alta) al 0800-444-28500.
2. Remita el mismo a SANCOR SEGUROS por el medio más ágil y seguro.
3. Entregue al Tomador o al Asegurado Accidentado el duplicado del presente formulario de alta médica.

**Original**