

PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN
NRO. DE SINIESTRO		

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		D.T.O.					
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA		TELÉFONO						

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

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	APELLIDO Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL											
	MÉDICO TRATANTE				DIAGNÓSTICO				FECHA DE DIAGNÓSTICO			
	FECHA DE INTERNACIÓN DESDE				FECHA DE INTERNACIÓN HASTA				SELLO DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL			
	LUGAR: _____				FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE							
	FECHA: ____/____/____											

COBERTURA AFECTADA	<input type="checkbox"/> INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	<input type="checkbox"/> GRAN TRAUMA
	<input type="checkbox"/> TRASPLANTES	<input type="checkbox"/> DROGAS ONCOLÓGICAS (INDEMNIZATORIO)
	<input type="checkbox"/> PRÓTESIS	<input type="checkbox"/> SIDA /HIV
	<input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN	<input type="checkbox"/> ADICCIONES
	<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/> NEONATOLOGÍA
	<input type="checkbox"/> CANCER DIAGNOSTICADO	

DECLARACIÓN JUDADA	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: _____				FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR				ACLARACIÓN DE FIRMA			
	FECHA: ____/____/____											

A COMPLETAR ASEGURADORA	CÓDIGO DEL NOMENCLADOR											
	AUTORIZACIÓN <input type="checkbox"/> SI - <input type="checkbox"/> NO				VºBº AUDITORIA MÉDICA				AMPLIACIONES MÉDICAS A SOLICITAR			
					FECHA: ____/____/____				FECHA: ____/____/____			
				FIRMA: _____				FECHA: ____/____/____				
								FECHA: ____/____/____				

A fin de conocer la documentación a presentar en caso de siniestro, consulte el PROTOCOLO DE SINIESTROS en [www.gruposancorseguros.com](http://www.gruposancorseguros.com)