



Secretaría  
de Gestión  
Institucional



Dirección  
General de  
Contrataciones

### **Instructivo: Siniestros Seguro de Responsabilidad Civil Universidad Nacional de Córdoba**

Se informa el procedimiento a seguir en relación con los siniestros que pudieran ocurrir emergentes de prácticas de ejercicios y juegos fuera del establecimiento por actividades organizadas, desarrolladas y supervisadas por la Universidad Nacional de Córdoba, durante las 24 hs. los 365 días del año.

Ocurrido cualquier acontecimiento imprevisto que afecte a un tercero (alumnos o particulares) se deberá denunciar dentro del plazo de las 72 hs. de conocido el evento a la aseguradora.

Esta información debe ser remitida vía e-mail a [mtorres@amparoseguros.com.ar](mailto:mtorres@amparoseguros.com.ar), con copia a [misuarz@amparoseguros.com.ar](mailto:misuarz@amparoseguros.com.ar), y a [contrataciones@spgi.unc.edu.ar](mailto:contrataciones@spgi.unc.edu.ar) que declare los siguientes datos:

Fecha de ocurrencia

Hora de ocurrencia

Forma de ocurrencia

Lugar de ocurrencia

Lesiones ocurridas

Descripción de atenciones recibidas (Emergencia médica, sanatorio etc.)

Datos del tercero damnificado

Nombre y apellido

Nro. Documento

Dirección -Localidad

Provincia -Teléfonos

Lesiones

Testigos si lo hubiera

Apellido y nombre

Dirección -Localidad

Provincia-Teléfonos

Se acompaña carta modelo para ser remitida a las oficinas del productor de seguros:  
Organización AMPARO SRL – Av. Humberto Primo 383 – Córdoba Tel.: 0351 424 4859  
- 425 1174 Rot.



Secretaría de Gestión Institucional



Dirección General de Contrataciones

### CARTA MODELO

Córdoba,..... de 2016

Sres.  
SANCOR COOP. DE SEGUROS S.A.  
S\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Por medio de la presente ponemos en su conocimiento que ha ocurrido un siniestro en el ámbito de una actividad desarrollada por la Universidad Nacional de Córdoba, según la siguiente información:

**Datos del tercero damnificado:**

- 1. Nombre y apellido: .....
- 2. Nro. Documento: .....
- 3. Dirección – Localidad – Provincia: .....
- 4. Teléfonos: .....
- Fecha de ocurrencia: .....
- Hora de ocurrencia: .....
- Forma de ocurrencia: .....
- .....
- Lugar de ocurrencia: .....
- .....
- Lesiones sufridas: .....
- .....
- .....
- Descripción de atenciones recibidas (Emergencia médica, sanatorio etc.): .....
- .....
- .....

Testigos (en caso de corresponder):

**Testigo 1:**  
Apellido y Nombre: .....  
Dirección – Localidad – Provincia: .....  
Teléfonos: .....

**Testigo 2:**  
Apellido y Nombre: .....  
Dirección – Localidad – Provincia: .....  
Teléfonos: .....

**Testigo 3:**  
Apellido y Nombre: .....  
Dirección – Localidad – Provincia: .....  
Teléfonos: .....