



INSTRUCTIVO SINIESTROS SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

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

Se debe remitir archivo en **formato hoja de cálculo** al Sr. **Santiago Pérez Vitali**, via e-mail a: patrimonialesmendoza@amparoseguros.com.ar con copia a mtorres@amparoseguros.com.ar misuarz@amparoseguros.com.ar y contrataciones@gestion.unc.edu.ar declarando 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 a ser remitida a las oficinas del productor de seguros:
Organización AMPARO SRL Av. Humberto Primo 383 – CORDOBA Tel: 0351 424 4859 – int. 804/810. 3517544563 (Marino Torres). Tel.: 0385 422 6767 int. 104/110.



CARTA MODELO

Córdoba,..... de 2013

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:

Aprovechamos la oportunidad para saludarlos atentamente.