



Municipalidad De Comodoro Rivadavia
Provincia del Chubut

MEMORANDUM N° 17/25

DE: Dirección de Seguros de Recursos Humanos – Subsecretaría de Recursos Humanos.

PARA: Todas las Secretarías Municipales y Entes Autárquicos.

ASUNTO: "Cobertura de Accidentes Personales – Procedimiento para Denuncias"

FECHA: 14/10/2025.

Por medio del presente, se informa a todo el personal mencionado (contratados, becados, PIL-SEM, proveedores y talleristas) que cuentan con cobertura de accidentes personales brindada por la compañía aseguradora **Sancor Seguros**.

Procedimiento para Denunciar un Accidente Personal:

En caso de siniestro, deberá realizar la denuncia comunicándose al **0800-555-2850** y seleccionando las siguientes opciones del menú:

Opción 1: "Denunciar un siniestro"

Opción 4: "Siniestros de otros ramos"

A continuación, un operador atenderá la llamada. Deberá informarle que se comunica para denunciar un accidente personal. El operador le solicitará sus datos, le asignará un número de siniestro y le indicará la clínica o centro médico al que deberá dirigirse para recibir atención

Consideraciones Importantes:

- Medicaciones y estudios: Para garantizar la cobertura total (100%), es obligatorio presentar el número de siniestro al momento de solicitar medicamentos o estudios médicos.
- En caso de haber abonado un estudio o medicamento, deberá presentar el ticket o factura correspondiente en la Dirección de Seguros de RRHH (Belgrano 965, 3° piso) para iniciar el trámite de reintegro.
- También se solicitará un CBU bancario a nombre del/la accidentado/a para completar la gestión del reintegro económico.
- Se recomienda adquirir medicamentos en las cadenas de farmacias Social y/o Argentina, adheridas a la cobertura.

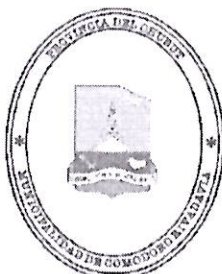
También puede realizar la denuncia del siniestro a través de WhatsApp al número: +549349351-0404. Siga las instrucciones que se le indiquen en dicha vía.

Recordar que **todo el personal**, cuenta con un **seguro de vida obligatorio**. Por lo tanto, **deben completar una declaración de beneficiarios**.

Ante cualquier duda o para mayor información, puede comunicarse con la Dirección de Seguros de Recursos Humanos:

Teléfono: 297-4271012. - Correo electrónico: segurosrrhh@comodoro.gov.ar

TAMARA MONSALVES
DIRECTORA
DIR. SEGUROS DE RECURSOS HUMANOS
Subsecretaría RR. HH
Municipalidad de Comodoro Rivadavia



Dr. Miguel Angel Montoya
subsecretario de Recursos Humanos
Municipalidad de Comodoro Rivadavia

NÚMEROS DE PÓLIZAS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE REALIZAR UNA DENUNCIA POR ACCIDENTE	
	Corresponde Póliza
1	CONTRATADOS 169854 / 7880193
2	DEPORTE 169137 / 8631613
3	PROVEEDORES 169329 / 8631550
4	BECA - SEM 169131/8631578
5	PIL 171148 / 8826907
6	TALLERISTAS EDUCATIVOS 169960 /98902284
7	TALLERISTAS CULTURALES 169963 /98902489
8	BECADOS INDEPENDIENTES 171111/99039442

RAMO	PÓLIZA	CERTIFICADO

SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.

TOMADOR	Apellido Y Nombre O Razón Social	
	Municipalidad de comodoro Rivadavia	
	CUIT/CUIL NRO.	30 - 99906559 - 3

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES		
	DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/>	NRO. DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO

SOLICITO POR LA PRESENTE QUE A PARTIR DE LA FECHA QUEDEN DESIGNADOS COMO BENEFICIARIOS ÚNICOS Y EXCLUSIVOS DE LA PÓLIZA CITADA EN LA REFERENCIA - QUEDANDO SIN EFECTO TODA OTRA DESIGNACIÓN ANTERIOR QUE PUDIERE EXISTIR - LOS SIGUIENTES:

BENEFICIARIOS	APELLIDO Y NOMBRES	TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO	DOMICILIO	PARENTESCO	%

Indicar lo que corresponde:

Fallecimiento del beneficiario anterior

Cambio de estado civil / Modificación de grupo familiar / Reasignación de porcentajes

Falta de designación previa

Otro (especifique):

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Sancor Cooperativa de Seguros Limitada". Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Datos Personales: <http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Ejorza sus derechos".

Declaro que la firma de quien suscribe la presente solicitud de seguro es auténtica y ha sido puesta en mi presencia.

LUGAR: _____ FIRMA DEL ASEGURADO: _____ FIRMA Y SELLO DEL PRODUCTOR/ASESOR: _____

FECHA: _____ ACLARACIÓN DE FIRMA: _____ MATRICULA N°: _____