



**SOLICITUD DE BENEFICIO
INDEMNIZACION/REEMBOLSO**



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

POLIZA		CERTIFICADO		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
MODULO		% DE COBERTURA			
A	B				
NRO. DE SINIESTRO					

TOMADOR o TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL												
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT							
	DNI	LE	LC	CI	CUIT		-						
	CALLE						NRO.	PISO	DTO.				
COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO				

FORMA DE PAGO	NUMERO DE CUENTA						BANCO					
	NUMERO DE CBU											

ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO	
DNI	LE	LC	CI									

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	APELLIDO Y NOMBRE/RAZON SOCIAL											
	MEDICO TRATANTE				DIAGNOSTICO				FECHA DE DIAGNOSTICO			
	CODIGO DEL NOMENCLADOR				FECHA DE INTERNACION DESDE				FECHA DE INTERNACION HASTA			
	LUGAR Y FECHA:											
	FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE						SELLO DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL					

COBERTURA AFECTADA	<input type="checkbox"/> INTERVENCIONES QUIRURGICAS	<input type="checkbox"/> GRAN TRAUMA
	<input type="checkbox"/> TRASPLANTES	<input type="checkbox"/> DROGAS ONCOLÓGICAS (INDEMNIZATORIO)
	<input type="checkbox"/> PROTESIS	<input type="checkbox"/> SIDA /HIV
	<input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR INTERNACION	<input type="checkbox"/> ADICCIONES
	<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/> NEONATOLOGÍA

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:
FECHA:/...../.....	FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

IMPORTANTE:

- En todos los casos deberá llenarse en forma completa la presente solicitud en "Datos del Asegurado" y "Datos del Establecimiento Asistencial" y estar firmado por el médico tratante, incluyéndose el sello del Establecimiento Asistencial.
- Deberá acompañarse:
 - historia clínica con protocolo quirúrgico,
 - constancia de inscripción en el INCUCAI (para el caso de Trasplante),
 - recibos originales de pagos realizados (para Prótesis).
- La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales.

A COMPLETAR POR SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA.	AUTORIZACION	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	
	CAUSA DE LA NEGATIVA	<input type="checkbox"/> FALTA DE PAGO	<input type="checkbox"/> FUERA DE VIGENCIA	<input type="checkbox"/> PREEXISTENCIA	
		<input type="checkbox"/> NO ASEGURADO	<input type="checkbox"/> EN CARENCIA	<input type="checkbox"/> OTROS:	
	VºBº AUDITORIA MEDICA			AMPLIACIONES MEDICAS A SOLICITAR	
FECHA:..... FIRMA: FECHA:		
		 FECHA:		
		 FECHA:		