



**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	APELIDO 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			

ASEGURADO	APELIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO. DE DOCUMENTO						
	DNI	LE	LC	CI								
	COBERTURA POR LA QUE SOLICITA LA CESION DE DERECHOS:											
<input type="checkbox"/> QUIRURGICAS INTERVENCIONES						<input type="checkbox"/> TRASPLANTES						

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL O MEDICO AL QUE SE CEDE EL DERECHO	APELIDO 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		
	MEDICO TRATANTE						DIGNOSTICO					
	FECHA DE INTERNACION DESDE						FECHA DE INTERNACION HASTA					
	CODIGO DEL NOMENCLADOR						LUGAR Y FECHA :					
	FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE						SELLO DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL					

FORMA DE PAGO	NUMERO DE CUENTA						BANCO					
	NUMERO DE CBU											

AUTORIZACION DE CESION	Cedo a favor de:, con domicilio en la suma de \$ correspondiente a la indemnización de la póliza de referencia, solicitando que el pago se realice directamente a nombre del cesionario individualizado en este documento.											
	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					
FECHA:/...../.....												

IMPORTANTE:

- En todos los casos deberá llenarse en forma completa la presente solicitud en "Datos del Asegurado Atendido" y "Datos del Establecimiento Asistencial" y estar firmado por el Médico Tratante, incluyéndose el sello del Establecimiento Asistencial.
- Deberá cumplimentarse el presente formulario por **Triplicado**: Original y Duplicado enviar a Sancor para que se retorne luego original autorizado al establecimiento y/o médico. El pago del monto de la cesión se efectuará una vez cumplimentado los pasos mencionados.
- Deberá acompañarse:
 - historia clínica completa
- 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:
--	--	--------------------