



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

**SOLICITUD DE REINTEGRO
POR ASISTENCIA MEDICO-FARMACETICA**



RAMO ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA	CERTIFICADO		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
NRO. DE SINIESTRO				

TOMADOR	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			

Señores de:
**SANCOR SEGUROS - SINIESTROS SEGUROS DE PERSONAS-
PRESENTE**

Por la presente se solicita el reintegro de los gastos médico-farmacéuticos del asegurado :

D.N.I.:....., por accidente ocurrido durante el horario de trabajo el día/...../....., según denuncia oportunamente presentada.

DETALLE DE COMPROBANTES ADJUNTOS	NRO. FACTURA	PRESTADOR	IMPORTE	BENEFICIARIO DEL REINTEGRO	
	TOTAL				

- ELEMENTOS QUE SE DEBEN CUMPLIMENTAR PARA REINTEGROS POR PRESTACIONES MÉDICAS, CONSULTAS Y/O PRÁCTICAS (ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD DE REINTEGRO)**
- Recibo oficial de pago que cumpla con los requisitos de la D.G.I., emitido por el prestador, conteniendo el nombre del profesional, números de matrículas y especialidades y lugar donde se realizó la atención.
 - Se deben hacer constar el número de consultas y/o prácticas con fecha de realización de las mismas.
 - Codificación según Nomenclador de Entidades Aseguradoras.-
 - Factura y/o ticket oficial de pago de medicamentos con la respectiva prescripción médica
 - Troqueles correspondientes a cada medicamento

LUGAR:		
FECHA:/...../..... FIRMA DEL BENEFICIARIO ACLARACIÓN DE FIRMA

A continuación le informamos los elementos requeridos para el siniestro de acuerdo a la cobertura afectada.
Por favor marcar la información enviada.

Denuncia de Siniestro F6/12 *	Informe Médico	Historia Clínica	Protocolo Quirúrgico

(*) Nro. de póliza, Nro. de Certificado, DNI del Accidentado, Fecha y hora de ocurrencia y Descripción del Hecho, son datos obligatorios e imprescindibles para dar curso al siniestro.