

ACCIDENTES PERSONALES

PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN
NRO. DE SINIESTRO		

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL																
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT										NRO.:		-			-	
	CALLE										NRO.		PISO		D.T.O.		
	CÓD. POSTAL				LOCALIDAD					PROVINCIA			TELÉFONO				

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.

En caso de requerir el pago por transferencia bancaria deberá adjuntar copia de la constancia de CBU.

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 debe hacer constar el número de consultas y/o prácticas con fecha de realización de las mismas.
 - Factura y/o ticket oficial de pago de medicamentos con la respectiva prescripción médica.
 - Troqueles correspondientes a cada medicamento.

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: www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

LUGAR: _____	FIRMA DEL BENEFICIARIO	ACLARACIÓN DE FIRMA
FECHA: ____/____/____		

A fin de conocer la documentación a presentar en caso de siniestro, consulte el PROTOCOLO DE SINIESTROS en www.gruposancorsegueros.com