

SOLICITUD DE BENEFICIO INDEMNIZACIÓN/REEMBOLSO



SALUD SEGURA

PÓLIZA		CERTIFICADO					
MÓDULOS							
HOMBRE		MUJER		CORAZÓN			
1	2	1	2				
NRO. DE SINIESTRO							
				SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.		SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL	
TOMADOR O TITULAR	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	DTO.
	CÓD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA	TELÉFONO
FORMA DE PAGO	NÚMERO DE CUENTA			BANCO			
	NÚMERO DE CBU						
ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES						
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI			NRO.:		FECHA DE NACIMIENTO	
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	APELLIDO Y NOMBRE/RAZÓN SOCIAL						
	MÉDICO TRATANTE		DIAGNÓSTICO			FECHA DE DIAGNÓSTICO	
	FECHA DE INTERNACIÓN DESDE			FECHA DE INTERNACIÓN HASTA			
	LUGAR: _____		FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE			SELLO DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	
	FECHA: ____/____/____						
COBERTURA AFECTADA	<input type="checkbox"/> CÁNCER MASCULINO (deberá adjuntar informe anatómo patológico e historia clínica completa que incluya estudios complementarios)						
	<input type="checkbox"/> CÁNCER FEMENINO (deberá adjuntar informe anatómo patológico e historia clínica completa que incluya estudios complementarios)						
	<input type="checkbox"/> CIRUGÍAS CARDIOVASCULARES deberá adjuntar: 1) Historia Clínica completa (en todos los casos) 2) Protocolo Quirúrgico (en caso de cirugía o trasplante) 3) Certificado de inclusión en lista de espera en INCUCAI (sólo en caso de trasplante)						
COBERTURA AFECTADA	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			FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR	
	FECHA: ____/____/____						
NOTA: 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.							
A COMPLETAR POR SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA.	CÓDIGO DEL NOMENCLADOR						
	AUTORIZACIÓN			<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 AUDITORÍA MÉDICA			AMPLIACIONES MÉDICAS A SOLICITAR:			
FECHA: ____/____/____			FIRMA		FECHA: ____/____/____		
					FECHA: ____/____/____		
					FECHA: ____/____/____		