

SOLICITUD DE BENEFICIO
INDEMNIZACIÓN / REEMBOLSO

SELLO DE ENTRADA U. DE NEGOCIOS	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
---------------------------------	-------------------------------

REFERENCIA	PÓLIZA	CERTIFICADO	MÓDULO		% DE COBERTURA		N° DE SINIESTRO
			A	B	50 %	100%	

DATOS DEL TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES
--------------------------	---------------------------

TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
DNI	LE	LC	CI									

DOMICILIO ACTUAL				
CALLE		NRO.	PISO	DTO.
COD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELEFONO	

FORMA DE PAGO	NRO. DE CUENTA	BANCO
----------------------	-----------------------	--------------

NRO. DE C.B.U.											

DATOS DEL ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES
-------------------------------------	---------------------------

TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
DNI	LE	LC	CI									

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	NOMBRE/RAZON SOCIAL
--	----------------------------

MEDICO TRATANTE	DIAGNOSTICO	FECHA DE DIAGNOSTICO
CÓDIGO DE NOMENCLADOR	FECHA DE INTERNACION DESDE	FECHA DE INTERNACION HASTA

Lugar y fecha:

Firma y sello del Médico Tratante	Sello del Establecimiento Asistencial
-----------------------------------	---------------------------------------

El presente formulario se remite para: (indicar con una "X" lo que corresponda)		
COBERTURA	DETALLE (BVM)	TIPO DE BENEFICIO (*)
<input type="checkbox"/> TRANSPLANTES		
<input type="checkbox"/> INTERVENCIONES QUIRURGICAS		
<input type="checkbox"/> PROTESIS		
<input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR INTERNACION		
<input type="checkbox"/> SEGURIDAD FAMILIAR		

(*) De acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares (Indemnización o reembolso)

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 y 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 Transplante),
 - 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.:

AUTORIZACIÓN: SI NO
CAUSA DE LA NEGATIVA: Falta de pago: No asegurado:

Fuera de vigencia: Preexistencia:
En carencia: Otros:

V°B° Auditoria Médica:	
Fecha:...../...../.....	Firma

Ampliaciones Médicas a Solicitar:
..... Fecha:.....
..... Fecha:.....
..... Fecha:.....