

SOLICITUD DE REINTEGRO POR ASISTENCIA MÉDICO-FARMACÉUTICA
Y DECLARACIÓN JURADA DE ALTA MÉDICA
SEGURO ACCIDENTES PERSONALES (DURANTE EL TRABAJO O ACTIVIDAD DECLARADA)

NÚMERO DE PÓLIZA	N° CERTIFICADO	OPCIÓN DE COBERTURA (indicar con un círculo)			NÚMERO DE SINIESTRO
		A	B	C	

Señores de:
SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.
SEGUROS DE PERSONAS
PRESENTE

Por la presente se solicita el reintegro de los gastos médico-farmacéuticos del asegurado.....
....., por accidente ocurrido durante el
horario de trabajo el día, según denuncia oportunamente presentada.

Detalle de los gastos que se solicitan reintegrar, con sus respectivos comprobantes:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SE DEJA EXPRESAMENTE ACLARADO QUE EN LA PRESENTE “SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICO-FARMACÉUTICA” SE INCLUYEN TODOS LOS COMPROBANTES Y DOCUMENTACIÓN GENERADOS CON MOTIVO DEL ACCIDENTE OPORTUNAMENTE DENUNCIADO Y CUYA FECHA SE EXPRESA MÁS ARRIBA, **NO EXISTIENDO OTRA EROGACIÓN PRESENTE O FUTURA QUE RECLAMAR A ESA ASEGURADORA POR EL MISMO EVENTO.**

ASIMISMO Y CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA DEJO EXPRESA CONSTANCIA **QUE LA PERSONA ASEGURADA HA SIDO DADA DE ALTA** Y QUE SE BRINDÓ LA ASISTENCIA MÉDICO-FARMACEUTICA QUE REQUIRIÓ LA DOLENCIA SUFRIDA CON MOTIVO DEL ACCIDENTE.

POR LO EXPUESTO, DECLARO QUE EL REINTEGRO QUE SE SOLICITA MEDIANTE ESTA NOTA ES TOTAL Y DEFINITIVO, NO TENIENDO OTROS GASTOS QUE RECLAMAR.

LUGAR Y FECHA

ACLARACIÓN DE LA FIRMA

FIRMA DEL BENEFICIARIO

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 matrícula y especialidades y lugar donde se realizó la atención.
- Se debe hacer constar el número de consulta 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.
- Troques correspondientes a cada medicamento.
- Formulario de Alta Médica extendida por el profesional actuante. En caso de no acompañarse este elemento, se tendrá por válida la Declaración Jurada que consta en este documento, donde se expresa que la persona accidentada ya se encuentra de alta y gozando de buena salud.