

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		

DATOS DEL TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 10%;">TIPO DE DOCUMENTO</th> <th colspan="4">NRO. DE DOCUMENTO</th> <th>FECHA DE NACIMIENTO</th> </tr> <tr> <td>DNI LE LC CI</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> </table>		TIPO DE DOCUMENTO	NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO	DNI LE LC CI								
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.																						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						

DATOS DEL ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES															
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 10%;">TIPO DE DOCUMENTO</th> <th colspan="4">NRO. DE DOCUMENTO</th> <th>FECHA DE NACIMIENTO</th> </tr> <tr> <td>DNI LE LC CI</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td> </tr> </table>		TIPO DE DOCUMENTO	NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO	DNI LE LC CI								
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 (*)
TRANSPLANTES		
INTERVENCIONES QUIRURGICAS		
PROTESIS		
RENTA DIARIA POR INTERNACION		
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: Fuera de vigencia: Preexistencia:
 No asegurado: En carencia: Otros:

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

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