



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS SA.**
Aseguradora de Riesgos del Trabajo

Form. 1322

**SOLICITUD DE REINTEGRO
DE GASTOS**

Fecha

ART

AP - PRESTACIONAL

OTRA

SINIESTRO	EJERCICIO	RAMO	NRO.	FECHA DE OCURRENCIA
------------------	------------------	-------------	-------------	----------------------------

DATOS DEL PRODUCTOR / ORGANIZADOR

Número	Apellido y Nombre		Organizador	Agencia
Domicilio: Calle	Nº	Localidad	CPA	Provincia

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza/Contrato Nº	Apellido y Nombre		Matrícula
Domicilio: Calle	Nº	Localidad	CPA Provincia

DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellido y Nombre		CUIL	DNI	Teléfono
Domicilio: Calle	Nº	Localidad	CPA	Provincia

SOLICITUD DE REINTEGRO DE:

IMPORTE SOLICITADO

Atención Médica	<input type="text"/>	Traslados	<input type="text"/>	Farmacia	<input type="text"/>	Comida	<input type="text"/>
Fkt	<input type="text"/>	Certificación	<input type="text"/>	Hotel	<input type="text"/>	Ortopedia	<input type="text"/>
Otro (Detallar)	<input type="text"/>						

EMITIR CHEQUE A:

Nombre y Apellido	DNI	CUIT
-------------------	-----	------

ENVIAR CHEQUE A:

Firma

Deberán remitir adjunto al presente la totalidad de los comprobantes respaldatorios que justifiquen el pedido.