

SOLICITUD DE REINTEGRO

Fecha de emisión:

REINTEGRAR A

Productor Empresa Accidentado

Nombre o Denominación del beneficiario a reintegrar:.....

CUIT/CUIL del beneficiario a reintegrar:.....

Nro. de Contrato (para empresas)

Nro. de Productor:

DATOS DEL SINIESTRO

Apellido y Nombre accidentado:

Número de Siniestro:

N° de CUIL o DNI del accidentado:.....

DETALLE DE GASTOS

TIPOS DE GASTOS	Comprobantes		Fecha		Importe	Observación
	Único	Varios	Desde	Hasta		
Alojamiento y comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicamentos y descartables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Prestaciones Médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Sepelio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Traslados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL DEL REINTEGRO					\$ <input type="text"/>	

LOS DATOS INFORMADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

.....
Firma del Solicitante

.....
Aclaración

.....
Tipo y N° de Documento

En caso de primer reintegro adjuntar Formulario de Autorización Pago Electrónico.

Requisitos:

El/los comprobante/s debe/n cumplir con las condiciones impositivas requeridas (Ticket Fiscal o Factura/ Recibo) original/es, emitido/s por el prestador a nombre del beneficiario con los datos del accidentado.

Además, debe adjuntar, en caso de gastos por:

- Alojamiento y comida: detalle de las fechas de las prestaciones.
- Medicamento y descartables: la prescripción médica y el troquel de cada medicamento.
- Prestaciones médicas: Historia Clínica completa. En caso de estudios (RX, RMN, TAC, análisis, etc.) adjuntar placas y/o resultados.
- Sepelio: constancia de servicio brindado y copia de certificado de defunción.
- Traslados: detalle con las fechas de los viajes y recorridos realizados.