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 Único	Comprobantes Varios	Fecha Desde	Fecha Hasta	Importe	Observación
Alojamiento y comidas	☐	☐	/ /	/ /	$	
Medicamentos y descartables	☐	☐	/ /	/ /	$	
Prestaciones Médicas	☐	☐	/ /	/ /	$	
Sepelio	☐	☐	/ /	/ /	$	
Traslados	☐	☐	/ /	/ /	$	
				TOTAL DEL REINTEGRO	**$**	

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.

Tel 0810 5555 278
Fax 0800 888 3297
e-mail: info@prevencionart.com.ar www.prevencionart.com.ar

Casa Central
Av. Independencia 301
2322 – Sunchales – Santa Fe