



DIVISION SEGUROS DE  
PERSONAS



SOLICITUD DE BENEFICIO  
INDEMNIZACION/REEMBOLSO



POLIZA		CERTIFICADO																							
MODULO		% DE COBERTURA																							
A	B																								
NRO. DE SINIESTRO																									
		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.										SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL													
TOMADOR O TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL																								
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT																			
	DNI	LE	LC	CI	CUIT																				
	CALLE										NRO.					PISO			DTO.						
	COD. POSTAL					LOCALIDAD					PROVINCIA					TELEFONO									
FORMA DE PAGO	NUMERO DE CUENTA										BANCO														
	NUMERO DE CBU																								
ASEGURAD O ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES																								
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO. DE DOCUMENTO										FECHA DE NACIMIENTO									
	DNI	LE	LC	CI	CUIT																				
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	APELLIDO Y NOMBRE/RAZON SOCIAL																								
	MEDICO TRATANTE										DIAGNOSTICO					FECHA DE DIAGNOSTICO									
	FECHA DE INTERNACION DESDE										FECHA DE INTERNACION HASTA														
	LUGAR: .....																								
	FECHA: ...../...../.....										FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE					SELLO DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL									
COBERTURA AFECTADA	<input type="checkbox"/> INTERVENCIONES QUIRURGICAS										<input type="checkbox"/> GRAN TRAUMA														
	<input type="checkbox"/> TRASPLANTES										<input type="checkbox"/> DROGAS ONCOLÓGICAS (INDEMNIZATORIO)														
	<input type="checkbox"/> PROTESIS										<input type="checkbox"/> SIDA /HIV														
	<input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR INTERNACION										<input type="checkbox"/> ADICCIONES														
	<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA										<input type="checkbox"/> NEONATOLOGÍA														
DECLARACION JUDADA	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: .....										FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR					ACLARACION DE FIRMA									
	FECHA: ...../...../.....																								
IMPORTANTE:	<p>- 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.</p> <p>- Deberá acompañarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>historia clínica con protocolo quirúrgico,</li> <li>constancia de inscripción en el INCUCAI (para el caso de Trasplante),</li> <li>recibos originales de pagos realizados (para Prótesis).</li> </ul> <p>- La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales.</p>																								
A COMPLETAR POR SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA.	CODIGO DEL NOMENCLADOR																								
	AUTORIZACION										<input type="checkbox"/> SI					<input type="checkbox"/> NO									
	CAUSA DE LA NEGATIVA										<input type="checkbox"/> FALTA DE PAGO					<input type="checkbox"/> FUERA DE VIGENCIA					<input type="checkbox"/> PREEEXISTENCIA				
											<input type="checkbox"/> NO ASEGURADO					<input type="checkbox"/> EN CARENCIA					<input type="checkbox"/> OTROS:				
	VºBº AUDITORIA MEDICA										AMPLIACIONES MEDICAS A SOLICITAR														
FECHA: ...../...../.....										..... FECHA: .....															
FIRMA: .....										..... FECHA: .....															