



**SOLICITUD DE BENEFICIO
INDEMNIZACION/REEMBOLSO**



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

	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						
ASEGURADO O ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES						
	TIPO DE DOCUMENTO			NRO. DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
	DNI	LE	LC	CI			
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	APELLIDO Y NOMBRE/RAZON SOCIAL						
	MEDICO TRATANTE			DIAGNOSTICO		FECHA DE DIAGNOSTICO	
	FECHA DE INTERNACION DESDE			FECHA DE INTERNACION HASTA			
	LUGAR:		FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE		SELLO DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL		
	FECHA:/...../.....						
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 JURADA	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:	- 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: <ul style="list-style-type: none"> • historia clínica con protocolo quirúrgico, • constancia de inscripción en el INCUCAI (para el caso de Trasplante), • 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.	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"/> NO ASEGURADO		<input type="checkbox"/> PREEXISTENCIA		
			<input type="checkbox"/> EN CARENCIA		<input type="checkbox"/> OTROS:		
VªBª AUDITORIA MEDICA			AMPLIACIONES MEDICAS A SOLICITAR				
FECHA:/...../.....		 FECHA:				
FIRMA: FECHA:				
		 FECHA:				