

**SOLICITUD DE BENEFICIO
INDEMNIZACIÓN / REEMBOLSO**

SELLO DE ENTRADA U. DE NEGOCIOS

SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL

| REFERENCIA | PÓLIZA | CERTIFICADO | MÓDULO | | % DE COBERTURA | N° DE SINIESTRO |
|------------|--------|-------------|--------|---|----------------|-----------------|
| | | | A | B | | |

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| DATOS DEL TITULAR | APELLIDO Y NOMBRES |
|--------------------------|---------------------------|

| TIPO DE DOCUMENTO | | | | NRO. DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | | | |
|-------------------|----|----|----|-------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|
| DNI | LE | LC | CI | | | | | | | | | | |

| DOMICILIO ACTUAL | | | |
|------------------|-----------|-----------|----------|
| CALLE | NRO. | PISO | DTO. |
| COD. POSTAL | LOCALIDAD | PROVINCIA | TELEFONO |

| | | |
|----------------------|-----------------------|--------------|
| FORMA DE PAGO | NRO. DE CUENTA | BANCO |
|----------------------|-----------------------|--------------|

| |
|-----------------------|
| NRO. DE C.B.U. |
|-----------------------|

| | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| DATOS DEL ASEGURADO ATENDIDO | APELLIDO Y NOMBRES |
|-------------------------------------|---------------------------|

| TIPO DE DOCUMENTO | | | | NRO. DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | | | |
|-------------------|----|----|----|-------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|
| DNI | LE | LC | CI | | | | | | | | | | |

| | |
|--|----------------------------|
| DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL | NOMBRE RAZON SOCIAL |
|--|----------------------------|

| | | |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| MEDICO TRATANTE | DIAGNÓSTICO | FECHA DE DIAGNÓSTICO |
| CÓDIGO DE NOMENCLADOR | FECHA DE INTERNACION DESDE | FECHA DE INTERNACION HASTA |

Lugar y fecha:

| | |
|--|--|
| <i>Firma y sello del Médico Tratante</i> | <i>Sello del Establecimiento Asistencial</i> |
|--|--|

| El presente formulario se remite para: (Indicar con una "X" lo que corresponda) | | |
|---|---------------|-----------------------|
| COBERTURA | DETALLE (BVM) | TIPO DE BENEFICIO (*) |
| TRANSPLANTES | | |
| INTERVENCIONES QUIRURGICAS | | |
| PROTESIS | | |
| RENDA DIARIA POR INTERNACION | | |
| SEGURIDAD FAMILIAR | | |

(*) De acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares (Indemnización o reembolso)

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 recibir 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 y Fecha: _____ Firma del Asegurado Titular _____

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:
 - historia clínica con protocolo quirúrgico,
 - constancia de inscripción en el INCUCA (para el caso de Transplante),
 - 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.:

AUTORIZACIÓN: SI NO
 CAUSA DE LA NEGATIVA: Falta de pago: Fuera de vigencia: Preexistencia:
 No asegurado: En carencia: Otros:

| |
|-------------------------------|
| V°B° Auditoría Médica: |
| Fecha: _____ Firma _____ |

| |
|--|
| Ampliaciones Médicas a Solicitar: |
| Fecha: _____ |
| Fecha: _____ |
| Fecha: _____ |

PARA EL SEGURO DE REINTEGRO POR CIRUGÍA (SANCOR-SALUD)

TIENE QUE TRAER

Traer al círculo:

- Historia clínica
- Protocolo quirúrgico.
- Formulario completo (firmado por médico y clínica)

Nosotros enviamos con una nota a la CORA que hace la solicitud al Seguro.