

SOLICITUD DE REINTEGRO SEGURO SALUD

1. Datos del Afiliado:

Nombre y Apellido del Afiliado:

Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: Nro. de DNI: .

Domicilio: Calle

Nro.: Piso Depto Localidad: .

Provincia: C.P.: .

Teléfono Particular: () Celular ()

Correo Electrónico: @ com.ar

Nombre y Apellido del Beneficiario del reintegro:

Nro. de DNI: Parentesco con el Afiliado:

2. Cobertura afectada.

Indemnización en caso de Enfermedades Graves:

Cáncer ACV Infarto

Renta Diaria por Internación en Sala Común Cantidad de días internado:.....

Renta Diaria por Internación en Terapia Intensiva Cantidad de días internado.....

3. Datos del siniestro. Establecimiento Asistencial.

Nombre y Apellido del Médico interviniente:

Matrícula del Médico interviniente:

Establecimiento Asistencial interviniente:

Diagnóstico recibido:

Fecha de Diagnóstico: / /

Breve detalle del Tratamiento a seguir:

Fecha de Internación:

Fecha de Alta:

-En caso de no haber intervenido un establecimiento asistencial deberá dejarse tal espacio en blanco.-

4. Documentación para el pago del beneficio:

- Historia clínica y/o protocolo quirúrgico y/o estudios y/o exámenes practicados al Asegurado tratado (para todas las coberturas)
- Certificado médico que acredite el diagnóstico y/o tratamiento indicado (para todas las coberturas)
- Registro de interacción y internación/ alta (en caso de Renta Diaria por internación quirúrgica)
- DNI del beneficiario
- Comprobante bancario del CBU del beneficiario

5. Datos bancarios del Asegurado (beneficiario) para el pago del siniestro:

CUIL del Beneficiario (el mismo está compuesto de 11 dígitos):

Banco: _____ Sucursal: _____

Tipo de Cuenta (Indicar si es una Caja de Ahorro o Cuenta Corriente):

Comprobante de CBU (el mismo está compuesto de 22 dígitos):

Aclaración: Se deja expresa constancia que para el pago del siniestro por medios electrónicos la cuenta bancaria denunciada deberá ser de titularidad del beneficiario del pago.

NOTA: La recepción de este formulario no significa la aceptación del siniestro por parte de la Compañía. Cuando los espacios provistos para las respuestas resulten insuficientes, favor de consignar los detalles que considere relevantes de este formulario en hoja aparte.

IMPORTANTE: para el correcto y total diligenciamiento el presente formulario, deberá remitirse a El Surco compañía de seguros en su totalidad.

Firma del Beneficiario

Fecha / /20