



POLIZA	CERTIFICADO		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
NRO. DE SINIESTRO				

<b>TOMADOR</b>	<b>APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL</b>				
	ASOCIACION PAMPEANA DE HOCKEY SOBRE CESPED Y PISTA				
	CUIT: 30-70754956-0				
	CALLE Av. Iliá		NRO. 795	PISO	DTO.
	COD. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	TELEFONO	

**ENTREGA DE COMPROBANTES DE PAGO POR MEDIO ELECTRONICO:**  
 En mi carácter de TOMADOR/ASEGURADO, solicito que la documentación asociada a esta solicitud de reintegro sea entregada electrónicamente a la siguiente dirección de correo electrónico:  
**EMAIL:** .....

Señores de:  
**SANCOR SEGUROS - SINIESTROS SEGUROS DE PERSONAS- PRESENTE**

Por la presente se solicita el reintegro de los gastos médico-farmacéuticos del asegurado : .....

D.N.I.: ....., por accidente ocurrido durante el horario de trabajo el día ...../...../....., según denuncia oportunamente presentada.

<b>DETALLE DE COMPROBANTES ADJUNTOS</b>	NRO. FACTURA	PRESTADOR	IMPORTE	BENEFICIARIO DEL REINTEGRO	
<b>TOTAL</b>					

- ELEMENTOS QUE SE DEBEN CUMPLIMENTAR PARA REINTEGROS POR PRESTACIONES MÉDICAS, CONSULTAS Y/O PRÁCTICAS (ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD DE REINTEGRO)**
- Recibo oficial de pago que cumpla con los requisitos de la D.G.I., emitido por el prestador, conteniendo el nombre del profesional, números de matrículas y especialidades y lugar donde se realizó la atención.
  - Se deben hacer constar el número de consultas y/o prácticas con fecha de realización de las mismas.
  - Codificación según Nomenclador de Entidades Aseguradoras.-
  - Factura y/o ticket oficial de pago de medicamentos con la respectiva prescripción médica
  - Troqueles correspondientes a cada medicamento

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Sancor Cooperativa de Seguros Limitada". Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a de Datos Personales: <http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx>, link "Ejerza sus derechos".

LUGAR: .....	.....	.....
FECHA: ...../...../.....	<b>FIRMA DEL BENEFICIARIO</b>	<b>ACLARACIÓN DE FIRMA</b>

**A continuación le informamos los elementos requeridos para el siniestro de acuerdo a la cobertura afectada. Por favor marcar la información enviada.**

<input type="checkbox"/> Denuncia de Siniestro F6/12 *	<input type="checkbox"/> Informe Médico	<input type="checkbox"/> Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Protocolo Quirúrgico
--	---	---	---

**(\*) Nro. de póliza, Nro. de Certificado, DNI del Accidentado, Fecha y hora de ocurrencia y Descripción del Hecho, son datos obligatorios e imprescindibles para dar curso al siniestro.**