

## SOLICITUD DE REINTEGRO

 Fecha de emisión: 

### REINTEGRAR A

 Productor  Empresa  Accidentado 

Nombre o Denominación del beneficiario a reintegrar:.....

CUIT/CUIL del beneficiario a reintegrar:.....

 Nro. de Contrato (para empresas) 

 Nro. de Productor: 

### DATOS DEL SINIESTRO

Apellido y Nombre accidentado: .....

 Número de Siniestro: 

N° de CUIL o DNI del accidentado:.....

### DETALLE DE GASTOS

TIPOS DE GASTOS	Comprobantes		Fecha		Importe	Observación
	Único	Varios	Desde	Hasta		
Alojamiento y comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicamentos y descartables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Prestaciones Médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Sepelio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Traslados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>TOTAL DEL REINTEGRO</b>					\$ <input type="text"/>	

**LOS DATOS INFORMADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.**

 .....  
 Firma del Solicitante

 .....  
 Aclaración

 .....  
 Tipo y N° de Documento

**En caso de primer reintegro adjuntar Formulario de Autorización Pago Electrónico.**

#### Requisitos:

El/los comprobante/s debe/n cumplir con las condiciones impositivas requeridas (Ticket Fiscal o Factura/ Recibo) original/es, emitido/s por el prestador a nombre del beneficiario con los datos del accidentado.

Además, debe adjuntar, en caso de gastos por:

- Alojamiento y comida: detalle de las fechas de las prestaciones.
- Medicamento y descartables: la prescripción médica y el troquel de cada medicamento.
- Prestaciones médicas: Historia Clínica completa. En caso de estudios (RX, RMN, TAC, análisis, etc.) adjuntar placas y/o resultados.
- Sepelio: constancia de servicio brindado y copia de certificado de defunción.
- Traslados: detalle con las fechas de los viajes y recorridos realizados.