



SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS

Fecha de emisión:

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" value="\$"/>	<input type="text"/>
Medicamentos y descartables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="\$"/>	<input type="text"/>
Prestaciones Médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="\$"/>	<input type="text"/>
Traslados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="\$"/>	<input type="text"/>
TOTAL DEL REINTEGRO					<input type="text" value="\$"/>	

Se adjuntan comprobantes originales para su auditoría.

DATOS BANCARIOS PARA RECIBIR EL DEPÓSITO:

Banco:

Sucursal:

Tipo de cuenta:

Nombre completo del titular:

N° de Cuenta:

CBU:

.....
Firma del Solicitante

.....
Aclaración

.....
Tipo y N° de Documento