



Misiones
PROVINCIA

UCAPP
Unidad de Coordinación del
Autoseguro Público Provincial

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS

Fecha de emisión ____ / ____ / ____

DATOS DEL SINIESTRO

Nombre y Apellido del accidentado

CUIL/DNI N° N° de Siniestro

DETALLE DE GASTOS

TIPO DE GASTOS	Comprobantes		Fecha		Importe	Observación
	Único	Varios	Desde	Hasta		
Alojamiento y comidas	___	___	__/__/__	__/__/__		
Medicamentos y descartables	___	___	__/__/__	__/__/__		
Prestaciones Medicas	___	___	__/__/__	__/__/__		
Traslados	___	___	__/__/__	__/__/__		

Se adjuntan comprobantes originales para su auditoria.

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