MISIONES | UCAPP
Unidad de Coordinación del Autoseguro Público Provincial

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	___	___	___/___/___	___/___/___		

<u>Se adjuntan comprobantes originales para su auditoria.</u>

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