

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REINTEGRO

Fecha de solicitud: _____

Para la solicitud de un reintegro por un servicio de asistencia, deberá presentar la correspondiente documentación original en conjunto con el presente formulario.

DATOS DEL ASEGURADO Y VEHÍCULO

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Nro. Telefónico (del cual se comunicó): _____

Patente: _____

Vehículo: _____

Nro de Expediente: _____

SOLICITUD DE REINTEGRO

Asistencia Vehicular ☐

Asistencia Domiciliaria ☐

Asistencia Médica ☐

Desplazamiento ☐

Alojamiento (detallar cuántas noches) ☐

Facturas presentadas: _____

Fecha de ocurrencia: _____

Cantidad de beneficiarios (ocupantes): _____

Hora aproximada: _____

Origen y destino de traslado: _____

Km recorridos desde origen a destino: _____

Monto solicitado: _____

Detallar motivo por el cuál debió contratar el servicio de forma particular:

DATOS BANCARIOS

Nombre y Apellido del titular de la cuenta bancaria: _____

CUIL/CUIT del titular bancario: _____

CBU completa (22 dígitos) : _____

Entidad Bancaria: _____

Firma : _____

Aclaración: _____