

EMPRESA:

FECHA:

DATOS DEL SOLICITANTE (Empresa Asegurada o Accidentado)

Apellido y Nombre:

Telefono:

CUIL / DNI.:

N° Siniestro:

FORMA DE COBROCheque (Indicar Beneficiario) ☐Acreditación en Cuenta (deberá enviar CBU e informar tipo de cuenta) ☐

Beneficiario:

Tipo de Cuenta:

N° de Cuenta:

DETALLE DE GASTOS

Fecha	Detalle de Gastos	Monto	Nombre de Prestador / N °Factura
	Pasajes		
	Hospedaje		
	Medicamentos		
	Viáticos		
	Otros		
	Totales		

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ART

Observaciones:

Firma y Aclaración Solicitante

por **ART MUTUAL RURAL** / Firma, Aclaración y Sello

¿Cómo pedir el reintegro?

Para solicitar el reintegro de los gastos se deberá completar el Formulario “Pedido de Reintegro” y remitirlo junto a todos los comprobantes y/o facturas originales.

En el caso de reintegro de medicamentos o gastos de asistencia médica, los tickets o comprobantes deberán estar adjuntos a la copia de receta médica.

En el caso de viajes/movilidad para rehabilitación, se deberá adjuntar con los pasajes o facturas la tarjeta kinesica o certificado médico.

IMPORTANTE

No será considerado como válido el formulario “Pedido de Reintegro” que no este acompañado con su correspondiente **FACTURA ORIGINAL**.

¿Cómo se realiza el pago del reintegro?

Los pagos se podrán realizar a través de dos medios:

Retirar el cheque de nuestras oficinas Entrega de Cheque en la sucursal de ART MUTUAL RURAL.

Por acreditación en cuenta, donde deberá enviar el CBU original del banco, e indicar el tipo y número de cuenta. Esta documentación se deberá remitir a San Martín 588, 5° Piso, Sector de Prestaciones - CABA - C1003ABN, Argentina.

TELÉFONO PRESTACIONES: +54 011 3754 6700