

EMPRESA: FECHA: | | **DATOS DEL SOLICITANTE (Empresa Asegurada o Accidentado)**

Apellido y Nombre: _____

Teléfono: _____

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 ARTObservaciones:

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