

REINTEGROS



Fecha de solicitud _____

DATOS DEL SOLICITANTE: (empresa asegurada o accidentado)

Nombre	C.U.I.T. / C.U.I.L.
N° Siniestro	Teléfono

FORMA DE COBRO (marque opción)

Cheque	<input type="checkbox"/>	Acreditación en cuenta	<input type="checkbox"/>
N° C.B.U.			
Sucursal de Experta para retirar el cheque			

GASTOS	FECHA	NOMBRE PRESTADOR/ FACTURA	MONTO	Uso exclusivo de Experta ART		
				DÉBITO	NETO	OBSERVACIONES
PASAJES						
HOSPEDAJES						
MEDICAMENTOS						
VIÁTICOS						
OTROS						

Por favor, adjunte los comprobantes de pago en original

Totales:	\$	\$	\$	\$
----------	----	----	----	----

Los datos se recolectan únicamente para ser utilizados con motivo de la relación comercial que lo vincula/rá con la Compañía (Art. 6 Ley 25.326/00). Disposición 10/08, Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Art. 1 "El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326". Art. 2 "La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".

FIRMA SOLICITANTE Y ACLARACIÓN