

FORMULARIO

Reintegro de gastos

SOLICITANTE		
Nombre y Apellido:		DNI:
N° de Siniestro:	N° de Póliza:	

FECHA	DETALLE DE GASTO	MONTO	N° FACTURA
	TOTAL	\$	
Firma y aclaración del solicitante			

Se deberá completar el presente formulario y remitirlo junto a todos los comprobantes y/o facturas. Deberán estar adjuntas también las copias de recetas médicas con la correcta prescripción. El pago se hará mediante acreditación en cuenta, por lo cual debe enviar comprobante de CBU bancario en donde se indique el tipo y número de cuenta junto con el nombre del titular de la misma. Dicha cuenta debe ser del beneficiario de la póliza. Una vez ingresado el pedido de reintegro de gastos, analizaremos la documentación aportada y se realizará el pago de lo reclamado en caso de que corresponda.

Una vez percibida la suma establecida, queda desinteresado totalmente de su reclamo, por haber sido íntegramente satisfecha su pretensión por el mencionado siniestro, como así también todos los daños y perjuicios derivados del mismo, no teniendo más nada que reclamar por ningún concepto a LIBRA COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.-