



Solicitud de Reintegro

A completar por COBERMED

N° Interno de Reintegro

Fecha de presentación de Reintegro

Datos del Grupo Afiliado

Apellido y Nombre del titular del Grupo Afiliado		Número de Afiliado
		Tipo y N° de Documento
Plan de Salud Adherido	Último mes/ cuota abonada	Responsable Administrativo

Datos del Reintegro

Medicamentos Consultas Médicas Prácticas Médicas Reintegros Administrativos Otros Reintegros

Monto Solicitado - \$	Monto a Reintegrar - \$	Documentación Presentada
Motivo del Reintegro		

A través del presente formulario dejo la adecuada constancia de haberseme reintegrado en tiempo y forma lo detallado precedentemente, y que de plena conformidad, recibo el importe indicado en concepto de reintegro, sin nada más que reclamar.

Dicho reintegro autorizo a que me sea efectuado de la siguiente manera:

Efectivo Reintegro en Cta. Cte Transferencia Bancaria Otros

De la cuenta de transferencia / Del grupo familiar a reintegrar en cta. cte Apellido y Nombre del titular	Sucursal			
	Banco			
N° de Cuenta	N° de CBU			

Firma y Aclaración titular del Grupo Familiar	Firma y Aclaración Responsable Administrativo	Firma y Aclaración Coordinación Administrativa
Fecha Reintegro	Fecha Autorización	Fecha Autorización

LOS REINTEGROS EN CTA CTE SERÁN ACREDITADOS ÚNICAMENTE EN AQUELLA DEL TITULAR AFILIADO INDICADO PRECEDENTEMENTE. EN CASO DE TRANSFERENCIAS, RECUERDE QUE EN SU RESUMEN DE CUENTA, LA OPERACIÓN PODRÁ IDENTIFICARLO COMO **COBERMED O COBENSIL S.A.**