

Formulario de Solicitud de Reintegro de Gastos



Los datos que se consignan a continuación son los que el empleador/trabajador solicitan formalmente a la Aseguradora su reintegro, toda vez que han asumido dichas erogaciones por cuenta y orden de PLUS ART.

El/la Sr/Sra

Solicita la cantidad de pesos de \$

Empleador Trabajador

Para aplicar al

Nro Siniestro Nro Contrato Nro RAJ Exp SRT

DETALLE DEL PAGO

Tipo de beneficiario	Trabajador <input type="checkbox"/>	Empleador <input type="checkbox"/>	Tercero <input type="checkbox"/>	Prestador <input type="checkbox"/>	Abogado <input type="checkbox"/>
Concepto	Traslados <input type="checkbox"/>	Gastos Farmacia <input type="checkbox"/>	Gastos Médicos <input type="checkbox"/>	Hotelería y Alimentación <input type="checkbox"/>	Viáticos (*) <input type="checkbox"/>
Viático (*)	Menor a 50km <input type="checkbox"/>	Mayor a 50km Menor a 100km (4.2% HMG) <input type="checkbox"/>	Mayor a 100km Menor a 400km (8.5% HMG) <input type="checkbox"/>	Pernocta (31.2% HMG) <input type="checkbox"/>	Acompañado <input type="checkbox"/>

Observaciones

Cantidad de recibos presentados Fechas de la presentación DE A

Firma, Aclaración y número de documento del solicitante

Firma y Aclaración por parte de la ART

Sello c/Fecha de Recepción de la Agencia

A través del presente formulario, el solicitante solicita a la Aseguradora los valores incurridos en cumplimiento de las obligaciones emanadas de la Ley 24557 y sus Decretos reglamentarios por cuenta y orden de Productores de Frutas Argentina Coop. de Seg. Ltda. || A la fecha de presentación, el beneficiario no posee otros importes pendientes de reclamo, declarando con la firma del presente que ha presentado todos los comprobantes que obran en su poder. La recepción del presente por parte de la Aseguradora no implica conformidad con dicha solicitud, haciendo expresa reserva de reintegrar los mismos.

PEGAR A CONTINUACIÓN TODOS LOS COMPROBANTES