

**ANEXO I**  
**SOLICITUD DE REINTEGRO**

|            |               |
|------------|---------------|
| Delegación | Lugar y fecha |
|------------|---------------|

**Datos del afiliado que recibe la prestación**

|                   |           |      |       |
|-------------------|-----------|------|-------|
| Apellido y nombre |           |      |       |
| Tipo y N° Doc     |           |      |       |
| Calle             | N°        | Piso | Dpto. |
| Localidad         | Provincia |      | C.P.  |
| Tel. de contacto  | E-mail    |      |       |

**Motivo de Solicitud de Reintegro (marcar con una X)**

|  |
|--|
| Falta de prestadores o Corte (suspensión) de servicios <input type="checkbox"/>    |
| Prestación establecida por IOSFA por sistema de reintegro <input type="checkbox"/> |

|                                |                  |
|--------------------------------|------------------|
| CBU/ N° Cuenta                 | Entidad bancaria |
| CUIT/CUIL Titular de la cuenta |                  |
| Apellido y nombre del titular  |                  |

**Comprobante de pago y conformidad del afiliado (marcar con una X)**

|   |
|---|
| Comprobante N°  |
| Importe   |
| Conformidad sobre el bien/servicio recibido Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
*Firma y aclaración del titular*

**A completar por la Delegación**

|                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| Prestador       | N° Factura              |
| Prestación      | Fecha de prestación / / |
| Importe abonado | Monto reintegrado       |
| Fundamentación  |                         |
|                 |                         |
|                 |                         |
|                 |                         |
|                 |                         |
|                 |                         |
|                 |                         |