

Presentar este documento acompañado de las facturas originales y los informes médicos necesarios. La documentación necesaria para cada tipología de servicio está indicada en el dorso del presente documento.

TELEFONOS ATENCIÓN AL CLIENTE:  
**917 886 744 / 902 888 356**

**IMPORTANTE:** -Adjunte siempre las facturas originales. -En caso de Pruebas Complementarias y Tratamientos es imprescindible adjuntar la **Prescripción Médica**. -En caso de Asistencia Hospitalaria, es imprescindible adjuntar el correspondiente **Informe Clínico**.

Ver Instrucciones al dorso

Datos generales

Mediador

Clave

Delegación

Datos del Asegurado:

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Datos de la Póliza:

Nombre y Apellidos Tomador: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_  
Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Modalidad de la Póliza (Producto): \_\_\_\_\_

Datos de la Facturación:

Nombre Facultativo o Centro:	N.I.F. o C.I.F.:	
Servicio Prestado:	Fecha del Servicio:	
Nº de la Factura:	Fecha de la Factura:	Importe total Servicio:
Nombre Facultativo o Centro:	N.I.F. o C.I.F.:	
Servicio Prestado:	Fecha del Servicio:	
Nº de la Factura:	Fecha de la Factura:	Importe total Servicio:
Nombre Facultativo o Centro:	N.I.F. o C.I.F.:	
Servicio Prestado:	Fecha del Servicio:	
Nº de la Factura:	Fecha de la Factura:	Importe total Servicio:
Nombre Facultativo o Centro:	N.I.F. o C.I.F.:	
Servicio Prestado:	Fecha del Servicio:	
Nº de la Factura:	Fecha de la Factura:	Importe total Servicio:

Importe Total: \_\_\_\_\_ €

De esta cantidad el Asegurador reembolsará al Asegurado el importe que le corresponda de la aplicación a cada servicio las Condiciones y limitaciones existentes en su Póliza.

Detalle de Documentos Aportados

---



---



---

Además de los indicados, la Entidad se reserva el derecho de pedir la información adicional necesaria para la correcta valoración del siniestro.

## Datos Bancarios para ingreso del Reembolso:

Titular de la Cuenta:

Código BIC:

Código IBAN:

## Fecha y Firma

El firmante declara que son ciertos todos los datos que figuran en el impreso y son auténticos los documentos aportados.

Fdo.:

---

Para facilitar la tramitación de la presente solicitud debe rellenar la misma siguiendo las siguientes pautas:

- Cada solicitud debe referirse al Asegurado que recibe la Asistencia. No mezcle en una misma solicitud prestaciones de diferentes Asegurados.
- Rellene la solicitud en letras mayúsculas.
- En el caso de aportar documentación en un idioma diferente al oficial deberá aportar traducción escrita de los mismos.

## NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN DEL DOCUMENTO

### Datos del Asegurado

Rellene la totalidad de los datos indicando el número de la póliza que tiene contratada y el tipo de producto que tiene contratado. Esta información la puede encontrar en su tarjeta sanitaria.

### Datos del Tomador

Indique los datos referentes a la persona o sociedad que contrató en su momento la póliza en la que usted es Asegurado.

### Datos de Facturación

Todos los originales de las facturas de los gastos sanitarios declarados en la presente solicitud deben incluir, como mínimo, los siguientes datos:

- Nombre y apellidos o denominación social de la persona jurídica o física que las emita
- Domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad.
- NIF o CIF del emisor de la factura.
- Desglose detallado de cada uno de los servicios prestados e incluidos en la/s facturas:
  - Clase de acto médico
  - Fecha de realización
  - Si se trata de medios de diagnóstico, tratamientos, hospitalización u otros servicios cubiertos se debe adjuntar la prescripción original del facultativo.
  - Además, en el caso de tratarse de una hospitalización deben adjuntar el Informe Clínico de Alta donde consten los antecedentes, fecha de inicio, la causa, origen y evolución de la afección, enfermedad o lesión, así como el detalle de la asistencia sanitaria prestada al Asegurado.
- Nombre y Apellidos y DNI del Asegurado receptor de la Asistencia.

### Detalle de documentos aportados

Es importante que en este apartado detalle la totalidad de documentos aportados con la presente solicitud.

En cualquier caso al Entidad se reserva el derecho de pedir la información adicional necesaria para la correcta valoración del siniestro.