

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.

TELÉFONOS 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.

