

# SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS

**Datos del asegurado**

POR FAVOR, RELLENE EL IMPRESO CON LETRAS MAYÚSCULAS

Apellidos y Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Municipio \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 N° de tarjeta \_\_\_\_\_  
 Asistencia requerida por:  
 Enfermedad       Accidente       Accidente laboral       Accidente de tráfico

**Cumplimentar en caso de asistencia en consulta**

Apellidos y Nombre del Médico \_\_\_\_\_  
 Domicilio de consulta \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 NIF/CIF del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Número de colegiado \_\_\_\_\_  
 Fecha de la asistencia \_\_\_\_\_ Importe \_\_\_\_\_ % reembolso \_\_\_\_\_ **Importe a reembolsar** \_\_\_\_\_  
 Especialidad \_\_\_\_\_ Adjuntar facturas originales desglosadas por fechas / importes / conceptos

**Cumplimentar en caso de asistencia hospitalaria**

Nombre del centro hospitalario \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ CIF \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  

Médico (Apellidos y Nombre)	Especialidad	N° de colegiado	Teléfono	NIF	Importe
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Total gastos sanitarios \_\_\_\_\_  
 % reembolso \_\_\_\_\_ **Importe a reembolsar** \_\_\_\_\_

Adjuntar facturas originales desglosadas por fechas / importes / conceptos

**Tratamiento Realizado:**

Médico (Descripción) \_\_\_\_\_  
 Quirúrgico (Descripción) \_\_\_\_\_  
 Otros (Descripción) \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de intervención \_\_\_\_\_ Fecha Alta \_\_\_\_\_

**Datos bancarios para ingreso del reembolso / sólo para tomador o beneficiarios de la póliza**

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_  
 Banco o caja \_\_\_\_\_ Código bancario \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad y provincia \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 N° de sucursal \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_  
 Firma del asegurado o representante legal \_\_\_\_\_

A rellenar por el asegurador

Fecha recepción documentación .....

## IMPORTANTE

- No olvide cumplimentar todos los apartados.
- Adjuntar las facturas originales e informes médicos u otros documentos relacionados con la asistencia médica.
- En caso de hospitalización incluir informe médico de alta.
- En caso de duda tiene a su disposición el teléfono del Servicio Sanitas Mundi 902 408 409

El arriba firmante declara que todos los datos que figuran en este impreso son ciertos y correctos y que los servicios descritos han sido efectivamente recibidos y abonados conforme a los justificantes que se adjuntan.