

## ASISTENCIA SANITARIA: PARTE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

**Nombre**

**Dirección**

**Provincia**

**Teléfono**

**Fecha asistencia**

**Causa asistencia**

**Persona contacto**

**Relación/Parentesco**

**Relación de Hechos**

**Fecha y firma del declarante (parentesco si procede)**

### Documentación requerida y trámites:

- Facturas y justificantes de gastos.
- Informe médico o del servicio de Urgencias donde se acredite asistencia.

*\*Se ruega, una vez enviado el siniestro, comunicar el envío en el teléfono 902 105 605*