europ assistance
you live we care

UTE mundoSENIOR
www.mundosenior.es

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD · SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD · IMSERSO

PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL DEL IMSERSO

CUESTIONARIO DE REEMBOLSO

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos: Nombre:

N.I.F. / Pasaporte: Nº Expediente:

Domicilio C/ Avda. Nº: Esc: Piso: Puerta:

Localidad: Provincia: C.P.:

Teléfono: Fechas de viaje:

Destino: Nombre del hotel:

¿QUÉ HA OCURRIDO?

Descripción de los hechos por los que reclama asistencia o indemnización.

¿QUÉ DOCUMENTOS ADJUNTA?

Si solicita reembolso de taxi por desplazamientos al centro médico u hospital deberá adjuntar copia del informe médico.

1)

2)

3)

En el caso de adjuntar facturas, éstas deberán ser originales.

SI PROCEDIERA EL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN

Datos de la persona a la que se realizará el pago

Nombre y apellidos.....

DNI ..... e-mail .....

Transferencia bancaria a su cuenta. (Debe rellenar sus datos bancarios)(1)

IBAN	Banco	Oficina	D.C.	Cuenta corriente

Firma del Beneficiario:

Europ Assistance España, S.A.
Apartado de correos 36244 F.D. suc. 36, 28020 Madrid. Tel: 91 514 99 55 Fax: 91 514 99 92

www.europ-assistance.es

(1) Le recomendamos nos envíe la documentación desde su domicilio, con el fin de poder indicarnos su nº de cuenta correcto.

Europ Assistance garantiza que toda la información anterior será tratada de conformidad a lo establecido en el R.D. 994/199 de 11 de Junio y normas concordantes sobre tratamiento de datos de carácter personal.