

SEGURO PARA EL PROGRAMA DE VACACIONES DEL IMSERSO

CUESTIONARIO DE REEMBOLSO

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos: _____ Nombre: _____
N.I.F. / Pasaporte: _____ N° Expediente: _____
Domicilio C/ Avda. N°: 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 realizara el pago

Nombre y apellidos

DNI e-mail

Por talón nominativo remitido a su atención

Por transferencia bancaria a su cuenta. (Si elige esta forma debe rellenar sus datos bancario)⁽¹⁾

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) Si desea transferencia, le recomendamos nos envíe la documentación desde su domicilio, con el fin de poder indicarnos su nº de cuenta correcto. (Si es residente en España, 20 dígitos. Si es residente en el extranjero, deberá solicitar a su banco el código IBAN)

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.