

## SOLICITUD ASISTENCIA DENTAL-GAFAS Y OTROS REEMBOLSOS.

(Pedir pruebas con una antelación de tres días)

<b>COLEGIO</b>	
<b>EMAIL</b>	
<b>TELEFONO CONTACTO CENTRO</b>	
<b>Nº DE PÓLIZA</b>	
<b>LESIONADO (Nombre y apellidos)</b>	
<b>FECHA DEL ACCIDENTE</b>	
<b>DATOS DE LOS PADRES-TUTOR</b>	
<b>Nombre y apellidos</b>	
<b>Email de los padres</b>	
<b>Móvil de los padres</b>	

**SOLICITA:**

(Seleccionar una de ellas)

- Asistencia Dental
- Rotura de gafas.(Necesario accidente con parte)
- Otros reembolsos

<b>Facultativo o Clínica solicitante</b>	
<b>Tfno del centro facultativo</b>	
<b>Email del centro facultativo</b>	
<b>Prueba solicitada</b>	
<b>Fecha prevista</b>	
<b>Hora</b>	

Debe de adjuntar la siguiente documentación. (señale la documentación que adjunta)

- Parte de accidente cumplimentado, firmado y sellado por el colegio.**
- Informe médico donde aparezca el diagnóstico y tratamiento a realizar de asistencia dental.**
- Factura y presupuesto de la asistencia dental**
- Informe de la óptica de reparación o sustitución de las gafas con indicación de la graduación de las mismas.**
- Factura y presupuesto de la óptica**
- Foto de las gafas rotas.**
- Fotocopia del Dni o tutor del accidentado .**
- Cuenta y justificante de titularidad de la cuenta para hacer el pago.( Cualquier recibo)**

Debe de enviar por correo electrónico este cuestionario a [oays@oays.eu](mailto:oays@oays.eu) con copia a [mmvillapujana@mgs.es](mailto:mmvillapujana@mgs.es) y [siniestroscolegios@joriarmengol.com](mailto:siniestroscolegios@joriarmengol.com)

Le rogamos lo envíe con la siguiente documentación. Es importante rellenar bien todos los campos y adjuntar la documentación para que el servicio se desarrolle satisfactoriamente. Gracias.