

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

DATOS DEL TITULAR

Nº de póliza:

NIF:

Apellidos y Nombre:

Domicilio:

Código Postal:

Localidad:

Teléfono:

E-mail:

DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

NIF:

Apellidos y Nombre:

Relación con el titular:

1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO

Prótesis Externas

Prótesis Especiales

Órtesis

2. DENTARIAS

Dentadura Completa

Piezas

Implantes

Ortodoncia

Dentadura Superior o Inferior

Empastes

Implantes Osteointegrados

Endodoncia

3. OCULARES

Gafas Lejos / Cerca

Prisma

Sustitución de cristal (Lejos / Cerca)

Gafas Bifocales / Progresivas

Lentilla

Sustitución de cristal (Bifocal / Progresivo)

Gafas Telelupa

Lentilla Desechable

Sustitución de cristal Telelupa

4. OTRAS

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TENER ACCESO A LA PRESTACIÓN

Informe médico en el que se haga constar la necesidad de la prestación

Factura Original

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

Entidad bancaria

Sucursal

DC

Nº de cuenta

Lugar, Fecha y Firma:

_____, ____ de _____ de 20____.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y demás disposiciones vigentes en materia de protección de datos personales, se informa al Tomador / Asegurado de la inclusión de los datos proporcionados en un fichero de datos personales creado con la exclusiva finalidad de prestar la asistencia ortoprotésica. La titularidad y responsabilidad sobre el tratamiento de los ficheros corresponde a Salus Asistencia Sanitaria, S.A. de Seguros, con domicilio social en Posada Herrera, 1 Bis, 1º. 33002 Oviedo, ante el cual podrá ejercitar el interesado los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los datos personales.