



## Asistencia Sanitaria

### SOLICITUD DE AYUDA POR ACTOS TERRORISTAS ASISTENCIA SANITARIA

D/D<sup>a</sup> ....., con domicilio en ..... calle  
..... nº ..... escalera ..... piso ..... letra ..... teléfono ..... y nº de  
DNI/NIE/Pasaporte .....

#### EXPONE

Que con motivo del atentado terrorista perpetrado el día ..... en ..... se han producido unos  
gastos de ..... pts, en concepto de los siguientes tratamientos

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
..... proporcionados a D/D<sup>a</sup>  
.....

Dichos gastos han sido sufragados por este solicitante, como se acredita en los justificantes de pago que  
se adjunta, por lo que

#### DECLARO

Que los gastos descritos no están cubiertos, en todo o en parte, por algún sistema de previsión, y

#### SOLICITO

de conformidad con lo previsto en la normativa aplicable, y cumpliendo los requisitos establecidos, se me  
conceda la indemnización que pueda corresponder por dichos gastos, para lo que adjunto la documenta-  
ción a estos efectos (señalada al dorso).

En ..... a ..... de ..... de.....

EXCMO. SR. MINISTRO DEL INTERIOR

(Subdirección General de Atención al Ciudadano y de Asistencia a las Víctimas del Terrorismo c/ Rafael  
Calvo, 33 , 2<sup>a</sup> y 5<sup>a</sup> planta. 28010-MADRID.-)

## **DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA**

(Originales o fotocopias compulsadas o cotejadas)

1. DNI/NIE/Pasaporte  
NIF
2. Certificado de la Policía o de la Guardia Civil, de que los daños fueron con ocasión o a consecuencia de atentado terrorista.
3. Facturas acreditativas de los gastos, u otros justificantes suficientes en derecho, expedidas a nombre del peticionario.