SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS

A CUMPLIMENTAR POR EL CLIENTE. POR FAVOR, EN LETRAS MAYÚSCULAS
VER INSTRUCCIONES AL DORSO

Adeslas

TELEFONO 24 HORAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE
902 200 200

Nº DE SOLICITUD

RECUERDE

- Adjunte siempre **Facturas Originales** detalladas.
- En caso de Pruebas Complementarias es imprescindible adjuntar **Prescripción Médica.**
- En caso de Asistencia Hospitalaria, es imprescindible adjuntar **Informe Clínico**.

❶ Nº DE ASEGURADO

❷ DATOS DEL ASEGURADO QUE HA RECIBIDO ASISTENCIA SANITARIA (PACIENTE)

Apellidos		Nombre	
Domicilio		Población	
Código Postal	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil (1)	Correo Electrónico (1) N.I.F

(1) Marcar con una X vía de contacto preferente para comunicaciones de reembolsos

❸ DATOS DE FACTURACIÓN

Nº	Prescrip. Médica	N.I.F. del Facultativo o C.I.F. Centro Asistencial	Número Factura	Fecha Factura	Concepto - Acto Asistencial	Importe Factura
1	☐					
2	☐					
3	☐					
4	☐					
5	☐					
6	☐					
7	☐					
8	☐					
9	☐					
10	☐					

De esta cantidad se indemnizará al Asegurado el importe correspondiente según las Condiciones de la Póliza

TOTAL:

❹ OTROS DOCUMENTOS APORTADOS (A cumplimentar por Cliente)

☐ Hospitalización informe clínico de alta	☐ Traducción facturas
☐ Informe médico (en caso necesario)	☐ Facturas originales
☐ Otros documentos :	

❺ DATOS BANCARIOS PARA INGRESO DE REEMBOLSO

Cumplimentar en caso de que sean distintos a la domiciliación de recibos de prima.

Titular de la cuenta _____

Banco _____

Sucursal _____

Número de cuenta - IBAN

E	S																												

El abajo firmante declara que son ciertos todos los datos que figuran en el impreso y son auténticos los documentos aportados

El cliente o su representación legal
Firma y fecha

ORIGINAL PARA SEGURCAIXA ADESLAS

❻ DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA COMPAÑÍA

	Oficina receptora	Oficina tramitadora
Código delegación receptora		
Código oficina entrega		
	Sello y Fecha	Sello y Fecha

Canal de entrada: ☐ Presencial ☐ Correo ☐ C. Certificado Nº _____ ☐ Otros

☐ Vº Bº Delegado

Fdo.:……Fecha

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), SegurCaixa Adeslas informa al asegurado solicitante del reembolso, que los datos contenidos en el presente documento serán objeto de tratamiento en un fichero del que SegurCaixa Adeslas es responsable y cuya finalidad es dar cumplimiento al contrato de seguro de asistencia sanitaria suscrito, verificando su derecho al reembolso solicitado y cuantificando su importe. Asimismo SegurCaixa Adeslas le informará mediante el oportuno mensaje a través de SMS o correo electrónico al teléfono y/o dirección indicada por Ud., del estado de tramitación en que se encuentra la presente solicitud. El solicitante podrá dirigirse a SegurCaixa Adeslas, calle Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos previstos en la LOPD.

SL.TD.F.001/01 SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con NIF A28011864 y con domicilio social en calle de Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona (España), inscrita en el R.M. de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS

A CUMPLIMENTAR POR EL CLIENTE. POR FAVOR, EN LETRAS MAYÚSCULAS
VER INSTRUCCIONES AL DORSO

Adeslas

TELEFONO 24 HORAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE
902 200 200

Nº DE SOLICITUD

RECUERDE

- Adjunte siempre **Facturas Originales** detalladas.
- En caso de Pruebas Complementarias es imprescindible adjuntar **Prescripción Médica.**
- En caso de Asistencia Hospitalaria, es imprescindible adjuntar **Informe Clínico**.

❶ Nº DE ASEGURADO

❷ DATOS DEL ASEGURADO QUE HA RECIBIDO ASISTENCIA SANITARIA (PACIENTE)

Apellidos | Nombre

Domicilio | Población

Código Postal | Teléfono Fijo | Teléfono Móvil | (1) ☐ | Correo Electrónico | (1) ☐ | N.I.F

(1) Marcar con una X vía de contacto preferente para comunicaciones de reembolsos

❸ DATOS DE FACTURACIÓN

Nº	Prescrip. Médica	N.I.F. del Facultativo o C.I.F. Centro Asistencial	Número Factura	Fecha Factura	Concepto - Acto Asistencial	Importe Factura
1	☐					
2	☐					
3	☐					
4	☐					
5	☐					
6	☐					
7	☐					
8	☐					
9	☐					
10	☐					

De esta cantidad se indemnizará al Asegurado el importe correspondiente según las Condiciones de la Póliza

TOTAL:

❹ OTROS DOCUMENTOS APORTADOS (A cumplimentar por Cliente)

☐ Hospitalización informe clínico de alta
☐ Traducción facturas
☐ Informe médico (en caso necesario)
☐ Facturas originales
☐ Otros documentos :

❺ DATOS BANCARIOS PARA INGRESO DE REEMBOLSO

Cumplimentar en caso de que sean distintos a la domiciliación de recibos de prima.

Titular de la cuenta _____

Banco _____

Sucursal _____

Número de cuenta - IBAN

E S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

El abajo firmante declara que son ciertos todos los datos que figuran en el impreso y son auténticos los documentos aportados

El cliente o su representación legal
Firma y fecha

ORIGINAL PARA EL CLIENTE

❻ DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA COMPAÑÍA

	Oficina receptora	Oficina tramitadora
Código delegación receptora		
Código oficina entrega		
	Sello y Fecha	Sello y Fecha

Canal de entrada: ☐ Presencial ☐ Correo ☐ C. Certificado Nº _____ ☐ Otros

☐ Vº Bº Delegado

Fdo.:……Fecha

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), SegurCaixa Adeslas informa al asegurado solicitante del reembolso, que los datos contenidos en el presente documento serán objeto de tratamiento en un fichero del que SegurCaixa Adeslas es responsable y cuya finalidad es dar cumplimiento al contrato de seguro de asistencia sanitaria suscrito, verificando su derecho al reembolso solicitado y cuantificando su importe. Asimismo SegurCaixa Adeslas le informará mediante el oportuno mensaje a través de SMS o correo electrónico al teléfono y/o dirección indicada por Ud., del estado de tramitación en que se encuentra la presente solicitud. El solicitante podrá dirigirse a SegurCaixa Adeslas, calle Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos previstos en la LOPD.

SegurCaixa Adeslas, S.A.de Seguros y Reaseguros, con NIF A28011864 y con domicilio social en calle de Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona (España), inscrita en el R.M. de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492

PARA FACILITAR LA TRAMITACIÓN DE ESTA *SOLICITUD*, LE RECOMENDAMOS SIGA LAS INSTRUCCIONES SIGUIENTES:

- **Cada *Solicitud* debe referirse al Asegurado que recibe la asistencia sanitaria (Paciente). no mezcle en una misma solicitud facturas de diferentes asegurados.**
- **Rellene la *Solicitud* en letras mayúsculas. Los casilleros sombreados serán cumplimentados por personal de la Compañía.**
- **Facilite a la Compañía traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos de los oficiales en el Estado español.**

❶ Nº DE ASEGURADO

Número de Tarjeta: Número de identificación de la Póliza de Asistencia Sanitaria a la que se refiere la *Solicitud*. Este número lo obtendrá de su **Tarjeta de Asistencia Sanitaria.**

❷ DATOS DEL ASEGURADO QUE HA RECIBIDO ASISTENCIA SANITARIA (PACIENTE)

Es imprescindible cumplimentar todos los datos de este apartado: Apellidos, Nombre, Domicilio, Población, etc…**No olvide indicar sus Teléfonos de contacto.** A través del teléfono móvil o el correo electrónico se le mantendrá informado del estado de su solicitud de reembolso siempre que así se indique.

❸ DATOS DE FACTURACIÓN

Los originales de las facturas de los gastos sanitarios que acreditan haber satisfecho su importe a los Médicos, A.T.S., Clínicas u Hospitales tienen que incluir los siguientes datos:

- **N.I.F. ó C.I.F del emisor de la factura.**
- **Número de Factura** y **Fecha.**
- **Nombre y apellidos** o denominación social de la **persona física o jurídica** que las emita.
- **Domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad**.
- **Desglose** detallado de los diversos **conceptos asistenciales** incluidos en la factura: clase de acto médico y fecha de realización.
    - ⇒ En caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios (ambulancias, oxigenoterapia), se debe adjuntar la **Prescripción Médica** original correspondiente.
    - ⇒ En caso de hospitalización, se debe adjuntar **Informe Clínico de Alta** en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al Asegurado.
    - ⇒ En caso de tratamiento de Psicoterapia, se debe adjuntar la **Prescripción del Psiquiatra.**
    - ⇒ En caso de tratamientos de Rehabilitación/ Fisioterapia, se debe adjuntar la **Prescripción del Médico.**
- **Nombre y apellidos del Asegurado** receptor de la asistencia (paciente al que afecta la Solicitud de Reembolso de Gastos).

❹ OTROS DOCUMENTOS APORTADOS (A cumplimentar por el Cliente)

Indique los **Documentos** que aporta junto con la Solicitud de Reembolso de Gastos.

❺ DATOS BANCARIOS PARA INGRESO DE REEMBOLSO

El abono de los gastos se realizará por **transferencia** en el IBAN donde estén domiciliados los recibos de primas de la póliza a la que pertenece el Asegurado.

Si desea cambiar de cuenta es imprescindible que complete toda la información de este apartado. Los datos numéricos IBAN los puede obtener de un cheque o extracto bancario.

Sólo se admitirá número de cuenta IBAN cuyo Titular de la misma sea el Tomador de la póliza o el Asegurado indicado en esta Solicitud de Reembolso de Gastos.

❻ DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA COMPAÑÍA

Datos a cumplimentar por SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros.