

Solicitud de Reembolso de Gastos

Para solicitar el reembolso de gastos de su póliza de salud, por favor, cumplimente los datos que le indicamos y envíenos la solicitud junto con las facturas.

Asegurado/s que han recibido la prestación

Póliza N°: _____

Por favor, escriba en mayúsculas los datos que le solicitamos

Nombre y Apellidos
Asegurado 1: _____
NIF _____
Teléfono de contacto _____ E-mail _____

Datos de Reembolso de la/s Factura/s

Rellene el apartado que proceda

Xxxxx procederá al reembolso de las facturas adjuntas mediante transferencia bancaria.	
Perceptor del pago: <input type="checkbox"/> El Asegurado que ha recibido la prestación <input type="checkbox"/> Otro Asegurado de la póliza Nombre _____ Apellidos _____ NIF _____	Cuenta Bancaria: <input type="checkbox"/> Cuenta bancaria indicada en la póliza <input type="checkbox"/> Otra (indicar el n° y nombre del titular): _____ _____ (Le recordamos que el Perceptor del pago debe ser Titular de la cuenta bancaria)

Asistencia Ambulatoria

Para realizar el reembolso de las facturas es necesario que el Asegurado complete la siguiente información:

Centro o Especialista Médico	NIF	Especialidad	Diagnóstico	Fecha prestación
Factura 1				
Factura 2				
Factura 3				
Factura 4				

Ingreso Hospitalario

Para hacer efectivo el reembolso de la factura es necesario adjuntar el correspondiente informe médico.

Nombre del Centro _____	Fecha del Ingreso _____
Motivo del Ingreso _____	Fecha del Alta _____

El Asegurado/Representante legal abajo firmante declara que la información detallada es completa y verdadera y autoriza a los médicos de Xxxxx a solicitar aquella información adicional que precise relativa a los datos descritos en este impreso

Fecha y Firma del Asegurado

Enviar esta solicitud y las facturas a:

Xxxxx
Gfytyd Rfuvla 6332
99999 Pmlasdf

Se ruega no enviar a esta dirección correos urgentes ni certificados.

¿Cómo solicitar el Reembolso de Gastos de Salud?

Para poder obtener el reembolso de los gastos en que haya incurrido fuera de nuestro Cuadro Médico, deberá remitirnos la siguiente información:

1. **Una** Solicitud de Reembolso de Gastos **por Asegurado**, debidamente cumplimentada.
2. Las **Facturas originales** de los gastos del asegurado.
3. **Prescripción médica** en los casos de utilización de medios de diagnóstico, pruebas terapéuticas, servicios domiciliarios de enfermería o de las prótesis internas que estén garantizadas.
4. **Toda la información médica o clínica** que se considere necesaria para la valoración y tramitación del reembolso.

¿Cómo enviarnos la solicitud?

Para su mayor facilidad, puede enviarnos la solicitud de reembolso de gastos a través del **sobre con franqueo pagado** que le adjuntamos (no necesita sello).

No obstante, si no dispone de este sobre y desea solicitar el reembolso de gastos de las facturas pendientes, puede hacerlo enviando toda la documentación a la siguiente dirección:

Xxxxx
Gfytdyd Rfuvla 6332
99999 Pmlasdf

Se ruega no enviar a esta dirección correos urgentes ni certificados.

¿Cómo le reembolsamos los Gastos?

- En un plazo de **15 días laborables** después de la recepción de toda la documentación necesaria.
- El pago se realizará mediante **transferencia bancaria**.

¡Recuerde!

Para evitar retrasos innecesarios en el reembolso de sus gastos, el Titular de la cuenta bancaria y el Perceptor del pago debe ser la misma persona.