

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.

① 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**

② 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.**

③ 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 tiene que incluir los siguientes datos:

- **Nombre y apellidos** o denominación social de la **persona física o jurídica** que las emita.
- **Domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad.**
- **N.I.F. ó C.I.F** del emisor de la factura.
- **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.
- **Nombre y apellidos del Asegurado** receptor de la asistencia (paciente al que afecta la Solicitud de Reembolso de Gastos).

④ OTROS DOCUMENTOS APORTADOS

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

⑤ DATOS BANCARIOS PARA INGRESO DE REEMBOLSO

El abono de los gastos se realizará por **transferencia** a la cuenta bancaria 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 Banco - Sucursal - Dígitos de Control - Cuenta los puede obtener de una cheque o extracto bancario.

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