

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 para el Reembolso de la/s factura/s

Rellene el apartado que proceda

AXA Seguros Generales, S.A. 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)

Si no marca ninguna opción el reembolso se efectuará en la cuenta bancaria donde se domicilian los recibos. En caso de pertenecer a un colectivo, precisamos se cumplimenten los datos solicitados arriba detallados.

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				

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 AXA Seguros Generales, S.A. a solicitar aquella información adicional que precise relativa a los datos descritos en este impreso.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que al cumplimentar este formulario, Ud. autoriza y consiente la incorporación de los datos que nos facilita a un fichero titularidad de AXA Seguros Generales, SA de Seguros y Reaseguros, con la finalidad de poder gestionar el reembolso de los gastos médicos relativos a su póliza de Salud.

En el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del interesado, el interesado manifiesta haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo con las finalidades citadas. En el caso concreto de menores de edad, si el tomador/asegurado no es el representante legal del menor deberá contar con el consentimiento expreso de éste.

Usted podrá dirigirse a **AXA SEGUROS E INVERSIONES** (Dpto. Marketing CRM), Calle Emilio Vargas, 6. 28043 Madrid, o en los teléfonos 901 900 009 o 933 669 351, para ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos legalmente establecidos.

Fecha y Firma del Asegurado

Enviar esta solicitud y las facturas a:

AXA Seguros Generales, S.A.
Departamento de Reembolso de Gastos
Apartado de Correos 61806 FD
28080 Madrid

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 **por Asegurado**, debidamente cumplimentada.
2. Las **facturas originales** de los gastos del asegurado. Según el Real Decreto RD 1619/2012 de noviembre 2012, las facturas deberán incluir imprescindiblemente:
 - Número de factura.
 - Fecha de expedición.
 - Fecha de prestación médica.
 - Razón Social, Domicilio, CIF o N.I.F. y número de colegiado del profesional Sanitario (emisor de la factura).
 - Datos del Asegurado que ha recibido la prestación: Nombre y apellido/s.
 - Domicilio y N.I.F. de receptor de la factura.
 - Descripción de la prestación sanitaria.
 - Importe detallado.
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:

AXA Seguros Generales, S.A.
Departamento de Reembolso de Gastos
Apartado de Correos 61806 FD
28080 Madrid

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.

¿Cómo solicitar el Formulario “Solicitud de Reembolso de Gastos”?

- Accediendo al **Canal S@lud** de nuestra Web **www.axa.es**.
- A través de nuestro departamento de **Atención Cliente** llamando al **902 40 40 84** o al **91 807 00 55** y se las enviaremos a su domicilio.