

Sol·licitud de de Reemborsament de Despeses



Per sol·licitar el reemborsament de despeses de la seva pòlissa de salut, si us plau, empleni les dades que li indiquem i envii'ns la sol·licitud juntament amb les factures.

Assegurat/s que han rebut la prestació

Pòlissa Núm.: _____

Si us plau, escrigui en majúscules les dades que li sol·licitem

Nom i Cognoms
Assegurat 1: _____
NIF _____
Telèfon de contacte _____ Correu electrònic _____

Dades de reemborsament de la/les Factura/es

 Empleni l'apartat corresponent

AXA Seguros Generales, S.A. procedirà al reemborsament de les factures adjuntes mitjançant transferència bancària.	
Perceptor del pagament: <input type="checkbox"/> L'assegurat que ha rebut la prestació <input type="checkbox"/> Un altre Assegurat de la pòlissa Nom _____ Cognoms _____ NIF _____	Compte Bancari: <input type="checkbox"/> Compte bancari indicat a la pòlissa <input type="checkbox"/> Un altre (indiqui el núm. i nom del titular): _____ (Li recordem que el Perceptor del pagament ha de ser Titular del compte bancari)

Assistència Ambulatòria

Per fer el reemborsament de les factures, cal que l'Assegurat empleni la informació següent:

Centre o Especialista Mèdic	NIF	Especialitat	Diagnòstic	Data prestació
Factura 1				
Factura 2				

Ingrés Hospitalari

Per fer efectiu el reemborsament de la factura, cal adjuntar el corresponent informe mèdic.

Nom del Centre _____	Data de l'Ingrés _____
Motiu de l'Ingrés _____	Data de l'Alta _____

L'Assegurat/Representant legal declara que la informació detallada és completa i veritable, i autoritza que els metges d'AXA Seguros Generales, S.A. sol·licitin la informació addicional que necessitin relativa a les dades descrites en aquest imprès.

De conformitat amb la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l'informem que en emplenar aquest formulari, vostè autoritza i consent la incorporació de les dades que ens facilita a un fitxer titularitat d'AXA Assegurances Generals, SA d'Assegurances i Reassegurances, amb la finalitat de poder gestionar el reemborsament de les despeses mèdiques relatives a la seva pòlissa de Salut.

En el cas que les dades facilitades es refereixin a persones físiques diferents de l'interessat, l'interessat manifesta haver informat i obtingut el consentiment previ d'aquelles per al tractament de les seves dades d'acord amb les finalitats esmentades. En el cas concret de menors d'edat, si el prenedor / assegurat no és el representant legal del menor haurà de comptar amb el consentiment exprés d'aquest.

Vostè podrà dirigir-se a **AXA ASSEGUANCES I INVERSIONS** (Dpt. Màrqueting CRM), Carrer Emilio Vargas, 6. 28043 Madrid, o en els telèfons 901.900.009 o 933.669.351, per exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, en els termes legalment establerts.

Data i Signatura de l'Assegurat

Envie aquesta sol·licitud i les factures a:
AXA Seguros Generales, S.A.
Departament de Reemborsament de Despeses
Apartat de Correus 61806 FD
28080 Madrid

Es prega que no s'envii a aquesta adreça correus urgents ni certificats.

Com s'ha de sol·licitar el Reemborsament de Despeses de Salut?

Per poder obtenir el reemborsament de les despeses en què hagi incorregut fora del nostre Quadre Mèdic, ha de remetre'ns la informació següent:

1. **Una Sol·licitud de reemborsament per Assegurat**, degudament emplenada.
2. Les **factures originals** de les despeses de l'Assegurat. Segons el Reial decret RD 1619/2012 de novembre de 2012, les factures han d'incloure, imprescindiblement:
 - Número de factura.
 - Data d'expedició.
 - Data de prestació mèdica.
 - Raó social, domicili, CIF o NIF, i número de col·legiat del professional sanitari (emissor de la factura).
 - Dades de l'Assegurat que ha rebut la prestació: Nom i cognom/s.
 - Domicili i NIF de receptor de la factura.
 - Descripció de la prestació sanitària.
 - Import detallat.
3. **Prescripció mèdica** en els casos d'utilització de mitjans de diagnòstic, proves terapèutiques, serveis domiciliaris d'infermeria o de les pròtesis internes que estiguin garantides.
4. **Tota la informació mèdica o clínica** que es consideri necessària per valorar i tramitar el reemborsament.

Com ha d'enviar-nos la sol·licitud?

Perquè li sigui més fàcil, ens pot enviar la sol·licitud de reemborsament de despeses mitjançant el **sobre amb franqueig pagat** que li adjuntem (no necessita segell).

No obstant això, si no disposa d'aquest sobre i vol sol·licitar el reemborsament de despeses de les factures pendents, pot fer-ho enviant tota la documentació a l'adreça següent:

AXA Seguros Generales, S.A.
Departament de Reemborsament de Despeses
Apartat de Correus 61806
28080 Madrid

Li preguem que no envii a aquesta adreça correus urgents ni certificats.

Com li reemborsem les Despeses?

- En un termini de **15 dies laborables** després de la recepció de tota la documentació necessària.
- El pagament es fa mitjançant **transferència bancària**.

Recordi!

Per evitar retards innecessaris en el reemborsament de les seves despeses, el Titular del compte bancari i el Perceptor del pagament han de ser la mateixa persona.

Com ha de sol·licitar el Formulari "Sol·licitud de Reemborsament de Despeses"?

- Accedint al **Canal S@lud** del nostre Web **www.axa.es**.
- A través del nostre departament d'**Atenció Client**. Si truca al **902 40 40 84** o al **91 807 00 55**, l'hi enviarem al seu domicili.