

Adeslas

Núm. de sol·licitud:

Núm. de tarjeta: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Les ha d'emplenar l'assegurat que ha rebut assistència (pacient) o el seu representat legal.

Nom i cognoms: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | |

Domicili, Tipus de via: Nom de la via: Número: Pis:

Codi postal: | | | | | Població:

Provincia:

☐ E-mail (obligatori): _____ ☐ Mòbil/fix (obligatori): _____

En cas de consultes sobre el reemborsament, ens autoritzes a contactar amb (nom i cognom)

amb DNI

Núm.	Núm. de factura	Data de la factura	Concepte assistencial	Import
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
TOTAL FACTURES				

D'aquesta quantitat, s'indemnitzarà l'assegurat amb l'import corresponent segons les condicions de la pòlissa.

Per emplenar per part de l'assegurat. Qualsevol dels documents pot ser l'original o una còpia.

☐ Informe clínic d'alta (imprescindible en cas d'hospitalització) ☐ Fractures

☐ Prescripció o informe mèdic (en cas que calgui) ☐ Altres documents:

☐ Traducció de les factures

Recorda que no cal la traducció de documents aportats en anglès o francès.

Cal emplenar-ho en cas que siguin diferents de la domiciliació del rebut de la prima.

Titular del compte

IBAN: | E | S | | | | | | | | | | | | | |

El sotassinat declara que totes les dades que figuren a l'imprès són certes i que els documents aportats són autèntics.

Signatura de l'assegurat o el representant legal

Codi de la delegació receptora: _____ Codi de l'oficina de lliurament: _____ Canal d'entrada: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Correu certificat núm. _____ <input type="checkbox"/> Altres _____	Vistiplau del delegat	Oficina receptora	Oficina tramitadora
	Data i signatura	Segell i signatura	Segell i signatura

SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, com a responsable del tractament, tracta les dades personals que es facilitin per verificar el dret al reemborsament i quantificar-ne l'import. Les dades facilitades no se cedeixen a tercers. Pots consultar més informació sobre la política de protecció de dades de SegurCaixa Adeslas, i especialment sobre com pots exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i altres, a la pàgina web següent: www.segurcaixaadeslas.es/ca/proteccio-de-dades

S.RE.854C/02 Edit.

COPIA PER A LA COMPANYIA

Sol·licitud de reintegrament de despeses



* Consulta les instruccions al dors.

Núm. de sol·licitud: Núm. de targeta:

DADES DE L'ASSEGURAT

Les ha d'emplenar l'assegurat que ha rebut assistència (pacient) o el seu representat legal.

Nom i cognoms: NIF/NIE:

Domicili. Tipus de via: Nom de la via: Número: Pis:

Codi postal: Població:

Província:

E-mail (obligatori): Mòbil/fix (obligatori):

En cas de consultes sobre el reemborsament, ens autoritzes a contactar amb (nom i cognom)

amb DNI

DADES DE LES FACTURES

Núm.	Núm. de factura	Data de la factura	Concepte assistencial	Import
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
TOTAL FACTURES				

D'aquesta quantitat, s'indemnitzarà l'assegurat amb l'import corresponent segons les condicions de la pòlissa.

DOCUMENTS APORTATS

Per emplenar per part de l'assegurat. Qualsevol dels documents pot ser l'original o una còpia.

Informe clínic d'alta (imprescindible en cas d'hospitalització) Factures
Prescripció o informe mèdic (en cas que calgui) Altres documents:
Traducció de les factures

Recorda que no cal la traducció de documents aportats en anglès o francès.

DADES BANCÀRIES

Cal emplenar-ho en cas que siguin diferents de la domiciliació del rebut de la prima.

Titular del compte
IBAN: E S

El sotassinat declara que totes les dades que figuren a l'imprès són certes i que els documents aportats són autèntics.

Signatura de l'assegurat o el representant legal

DADES PER EMPLENAR PER PART DE LA COMPANYIA

Codi de la delegació receptora:	Vistiplau del delegat	Oficina receptora	Oficina tramitadora
Codi de l'oficina de lliurament:			
Canal d'entrada: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Correu certificat núm. <input type="checkbox"/> Altres	Data i signatura	Segell i signatura	Segell i signatura

SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, com a responsable del tractament, tracta les dades personals que es facilitin per verificar el dret al reemborsament i quantificar-ne l'import. Les dades facilitades no se cedeixen a tercers. Pots consultar més informació sobre la política de protecció de dades de SegurCaixa Adeslas, i especialment sobre com pots exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i altres, a la pàgina web següent: www.segurcaixaadeslas.es/ca/proteccio-de-dades

INSTRUCCIONS PER SOL·LICITAR EL REINTEGRAMENT DE DESPESES

INSTRUCCIONS PER EMPLENAR AQUESTA SOL·LICITUD

- Emplena una sol·licitud per assegurat.
- No barregis en una mateixa sol·licitud factures de diferents assegurats.
- Emplena aquest document amb lletres majúscules.

NÚM. DE TARGETA: anota els 16 dígit que apareixen a la targeta d'Adeslas de l'assegurat que ha rebut assistència.

DADES DE L'ASSEGURAT: en aquest apartat és imprescindible emplenar el nom, els cognoms i les dades de contacte de l'assegurat o el seu representant legal.

DADES DE LES FACTURES

Es pot presentar la factura original o una còpia.

La factura ha de contenir:

- Nom i cognoms o denominació social de la persona física o jurídica que l'emeti
- Domicili, telèfon, número de col·legiat i especialitat
- NIF o CIF de l'emissor de la factura
- Desglossament detallat dels conceptes assistencials i, en cas d'hospitalització, cal adjuntar-hi l'informe mèdic de l'alta hospitalària
- Nom i cognoms de l'assegurat receptor de l'assistència mèdica

DOCUMENTACIÓ APORTADA

L'assegurat ha d'adjuntar l'original o una còpia dels documents següents:

- Prescripció mèdica o informe mèdic per a:
 - Mitjans de diagnòstic
 - Tractaments de psicoteràpia
 - Tractaments de rehabilitació i fisioteràpia
 - Tractaments especials
 - Altres serveis (ambulàncies, oxigenoteràpia)
- Informe clínic de l'alta en cas d'hospitalitzacions
- Traducció de documents aportats: cal aportar una traducció oficial en cas de documentació redactada en idiomes estrangers diferents de l'anglès i el francès.

DADES BANCÀRIES

Cal emplenar la informació del compte d'aquest apartat. La companyia abonarà les despeses que corresponguin per mitjà d'una transferència.

Només s'admeten comptes nacionals els titulars dels quals siguin els mateixos assegurats objecte de la sol·licitud o el prenedor de la pòlissa. No es fan pagaments en comptes estrangers.

En cas que no s'empleni aquest apartat, l'abonament es farà al compte de domiciliació de rebuts de la prima de la pòlissa a la qual pertanyi l'assegurat

ON POTS SOL·LICITAR EL REEMBORSAMENT

Pots sol·licitar els reemborsaments fàcilment a través de:

- L'app d'Adeslas



- L'Àrea Client a adeslas.cat
- Per correu postal enviant aquest formulari de sol·licitud a l'apartat de correus 1052, 28108 Madrid

COM REEMBORSEM LES DESPESES

- Contactarem amb tu si necessitem informació addicional.
- T'enviarem una comunicació quan s'hagi fet l'ordre de pagament.