

Adeslas

Nº de solicitud:

Nº de tarjeta: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Debe cumplimentarlos el asegurado que ha recibido asistencia (paciente) o su representante legal.

Nombre y apellidos: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía: Nombre de la vía: Número: Piso:

Código postal: | | | | | Población:

☐ E-mail (obligatorio):

Ante cualquier consulta sobre tu reembolso, nos autorizas para contactar con (nombre y apellidos)

con DNI

Nº	Nº de factura	Fecha de la factura	Concepto asistencial	Importe
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
TOTAL FACTURAS				

De esta cantidad, se indemnizará al asegurado con el importe correspondiente según las condiciones de su póliza.

A cumplimentar por el asegurado. Cualquiera de los documentos puede ser el original o una copia.

☐ Informe clínico de alta (imprescindible en caso de hospitalización) ☐ Facturas

☐ Prescripción o informe médico (en caso necesario) ☐ Otros documentos:

☐ Traducción de las facturas

Recuerda que no es necesaria la traducción de documentos aportados en inglés o francés.

Cumplimentar en caso de que sean distintos a la domiciliación del recibo de la prima.

Titular de la cuenta

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

El abajo firmante declara que son ciertos todos los datos que figuran en el impreso y son auténticos los documentos aportados.

Firma del asegurado o el representante legal

Código de la delegación receptora: _____ Código de la oficina de entrega: _____ Canal de entrada: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Correo certificado nº _____ <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Otros _____	Visto bueno del delegado	Oficina receptora	Oficina tramitadora
	Fecha y firma	Sello y firma	Sello y firma

COPIA PARA LA COMPAÑÍA

Adeslas

Nº de solicitud:

Nº de tarjeta: | | | | | | | | | | | | | | | |

Debe cumplimentarlos el asegurado que ha recibido asistencia (paciente) o su representante legal.

Nombre y apellidos: _____ NIF/NIE: | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía: Nombre de la vía: Número: Piso:

Código postal: | | | | | Población:

☐ E-mail (obligatorio): _____ ☐ Móvil/fijo (obligatorio): _____

Ante cualquier consulta sobre tu reembolso, nos autorizas para contactar con (nombre y apellidos)

con DNI

Nº	Nº de factura	Fecha de la factura	Concepto asistencial	Importe
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
TOTAL FACTURAS				

De esta cantidad, se indemnizará al asegurado con el importe correspondiente según las condiciones de su póliza.

A cumplimentar por el asegurado. Cualquiera de los documentos puede ser el original o una copia.

☐ Informe clínico de alta (imprescindible en caso de hospitalización) ☐ Facturas

☐ Prescripción o informe médico (en caso necesario) ☐ Otros documentos:

☐ Traducción de las facturas

Recuerda que no es necesaria la traducción de documentos aportados en inglés o francés.

Cumplimentar en caso de que sean distintos a la domiciliación del recibo de la prima.

Titular de la cuenta

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

El abajo firmante declara que son ciertos todos los datos que figuran en el impreso y son auténticos los documentos aportados.

Firma del asegurado o el representante legal

Código de la delegación receptora: _____ Código de la oficina de entrega: _____ Canal de entrada: <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Correo certificado nº _____ <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Otros _____	Visto bueno del delegado	Oficina receptora	Oficina tramitadora
	Fecha y firma	Sello y firma	Sello y firma

COPIA PARA EL ASEGURADO

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR EL REEMBOLSO DE GASTOS

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR ESTA SOLICITUD

- Rellena una solicitud por asegurado.
- No mezcles en una misma solicitud facturas de diferentes asegurados.
- Cumplimenta este documento con letras mayúsculas.

N.º DE TARJETA: anota los 16 dígitos que aparecen en la tarjeta de Adeslas del asegurado que ha recibido asistencia.

DATOS DEL ASEGURADO: en este apartado es imprescindible cumplimentar nombre, apellidos y datos de contacto del asegurado o su representante legal.

DATOS DE LAS FACTURAS

Puede presentarse la factura original o una copia de la misma.

La factura tiene que contener:

- Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que la emita
- Domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad
- NIF o CIF del emisor de la factura
- Desglose detallado de los conceptos asistenciales y, si existe hospitalización, debe adjuntarse el informe médico del alta hospitalaria
- Nombre y apellidos del asegurado receptor de la asistencia médica

DOCUMENTACIÓN APORTADA

El asegurado debe adjuntar el original o una copia de los siguientes documentos:

- Prescripción médica o informe médico para:
 - Medios de diagnóstico
 - Tratamientos de psicoterapia
 - Tratamientos de rehabilitación y fisioterapia
 - Tratamientos especiales
 - Otros servicios (ambulancias, oxigenoterapia)
- Informe clínico del alta en caso de hospitalizaciones
- Traducción de documentos aportados: es necesario aportar una traducción oficial en el caso de documentación redactada en idiomas extranjeros distintos al inglés y francés.

DATOS BANCARIOS

Es necesario completar la información de la cuenta de este apartado. La compañía realizará el abono de los gastos que corresponda por medio de transferencia.

Solo se admitirán cuentas nacionales cuyos titulares sean los propios asegurados objeto de la solicitud o el tomador de la póliza. No se efectuará el pago en cuentas extranjeras.

En caso de que no se cumplimente este apartado, el abono se realizará en la cuenta de domiciliación de recibos de prima de la póliza a la que pertenezca el asegurado.

DÓNDE SOLICITAR EL REEMBOLSO

Puedes solicitar todos tus reembolsos fácilmente a través de:

- La *app* de Adeslas



- Tu Área Cliente en adeslas.es
- Por correo postal enviando este formulario de solicitud al apartado de correos 1052, 28108 Madrid

CÓMO REEMBOLSAMOS LOS GASTOS

- Contactaremos contigo si necesitamos información adicional.
- Te enviaremos una comunicación cuando se haya realizado la orden de pago.