

Adeslas

Nº de solicitud: _____ Nº de tarjeta: | | | | | | | | | | | | |

Nombre y apellidos del titular de la póliza (tomador): _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Nombre y apellidos del asistido (asegurado asistido): _____

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

Código postal: | | | | | Población:

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

Marca con una X la vía de contacto preferente, en caso de tener alguna duda con el gasto.

Nº de póliza: | | | | | | | | | | | | Nº de certificado: | | | | | | | | | |

Colectivo/mutualidad: _____

DOCUMENTOS APORTADOS

A complementar por el asegurado.

☐ Informe médico☐ Facturas☐ Certificado de titularidad de cuenta corriente

☐ Otros documentos:

☐ Prescripción

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

Titular de la cuenta

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 representante legal

DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA COMPAÑÍA

Sello del asegurador	Oficina receptora	Oficina gestora	RESOLUCIÓN <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Denegado
	Delegación, fecha y firma	Delegación, fecha y firma	Fecha y firma

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, como responsable del tratamiento, tratará los datos personales facilitados para verificar el derecho al suplico solicitado y cuantificar su importe. Los datos facilitados no serán cedidos a terceros. Puedes consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, y especialmente sobre como ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión y otros, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos

Solicitud de reintegro de gastos suplidos



* Véanse las instrucciones al dorso.

Nº de solicitud: Nº de tarjeta:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellidos del titular de la póliza (tomador): NIF/NIE:

Nombre y apellidos del asistido (asegurado asistido):

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

Código postal: Población:

Provincia:

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

Marca con una X la vía de contacto preferente, en caso de tener alguna duda con el gasto.

Nº de póliza: Nº de certificado:

Colectivo/mutualidad:

EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS

DOCUMENTOS APORTADOS

A cumplimentar por el asegurado.

☐ Informe médico ☐ Facturas

☐ Certificado de titularidad de cuenta corriente ☐ Otros documentos:

☐ Prescripción

DATOS BANCARIOS PARA EL INGRESO DEL REINTEGRO

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

Titular de la cuenta

IBAN:

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 representante legal

DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA COMPAÑÍA

Sello del asegurador	Oficina receptora	Oficina gestora	RESOLUCIÓN <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Denegado
	Delegación, fecha y firma	Delegación, fecha y firma	Fecha y firma

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR EL REINTEGRO DE GASTOS SUPLIDOS

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR ESTA SOLICITUD

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

N.º DE TARJETA: anota los doce 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, siendo especialmente relevante el teléfono móvil y el correo electrónico.

DATOS DE LAS FACTURAS

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.

EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS

Redacta el porqué de lo sucedido, precisando los datos que consideras de interés para la justificación (excepto para el reintegro del gasto suplido de DIU).

DOCUMENTACIÓN APORTADA

Indica qué documentos acompañas con la solicitud en el caso de que fueran distintos al informe médico o facturas.

DATOS BANCARIOS PARA EL INGRESO DEL REINTEGRO DE GASTOS SUPLIDOS

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 admitirá cuenta nacional cuyo titular sea el propio asegurado 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 a la cuenta de domiciliación de recibos de la prima de la póliza a la que pertenece el asegurado.

Para aquellas liquidaciones superiores a 500€ se debe aportar el certificado de titularidad bancaria o documento bancario que acredite la titularidad.

Si en el año natural se ha solicitado el abono de 4 suplidos o más, será necesario aportar el certificado de titularidad bancaria o documento que acredite la titularidad

DÓNDE ENVIAR LA SOLICITUD

Para obtener el reintegro de los gastos, el asegurado deberá presentar o enviar la solicitud por correo a la delegación más cercana o tramitarlo a través de su Área Cliente en la web de SegurCaixa Adeslas.