

# Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos



## NOTAS IMPORTANTES PARA UN RÁPIDO REEMBOLSO:

- Rellene con letra de imprenta
- Cumplimente debidamente el formulario, incluyendo todos los campos obligatorios (marcados con \*) que son necesarios para proceder a efectuar su reembolso. No olvide además que las fechas son muy importantes
- Incluya siempre las facturas originales (sin ellas no podremos efectuarle el reembolso)
- Es imprescindible incluir todas las prescripciones médicas (para pruebas y tratamientos) y los informes de alta (en el caso de hospitalización)
- En el caso de facturas emitidas en el **extranjero**, por favor indique el país
- Si la causa del tratamiento es un accidente o es imputable a un tercero marque una X en esta casilla

Nombre y apellidos del Paciente*:		Nº de Asegurado (incluida la letra)*:
Teléfono del Asegurado:	E-mail del Asegurado:	Nombre de la empresa (para pólizas colectivas):

### Rellene sólo la parte correspondiente a los gastos facturados

<input type="checkbox"/> CONSULTAS <input type="checkbox"/> PRUEBAS DIAGNÓSTICAS <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN <input type="checkbox"/> PSIQUIATRÍA / PSICOLOGÍA	Especialidad del médico*:	Nº de colegiado*:
	Diagnóstico*:	

<input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN MÉDICA	Fecha de ingreso*:	Fecha de alta*:	Hospital*:
	Diagnóstico*:		
	Especialidad del Cirujano*:		Procedimiento quirúrgico*:

### SÓLO EN CASO DE DISPONER DE COBERTURAS ADICIONALES EN SU PÓLIZA

<input type="checkbox"/> DENTAL (sólo reembolso o mixto)	Para dental mixto la factura deberá ir detallada por servicio e importe unitario
<input type="checkbox"/> FARMACIA	Incluya la prescripción médica de los fármacos, indicando a quién corresponden los medicamentos. Recuerde: no quedan cubiertos los medicamentos de libre dispensación.
<input type="checkbox"/> OTROS (especificar)	

### Datos bancarios del titular de la Póliza

Nombre y apellidos:	<input type="text"/>
Entidad	Oficina
D.C.	Nº cuenta:

### PROTECCIÓN DE DATOS:

Los datos de carácter personal que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados facilitan a CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A. N.V. Sucursal en España (CIGNA) – directamente o a través de su mediador de seguros o de los profesionales médicos que atiendan a asegurados en la modalidad de Servicios Médicos Concertados – antes y a lo largo de la relación aseguradora, se incluirán en ficheros automatizados de datos de carácter personal, cuyo titular y responsable es CIGNA. Su tratamiento queda expresamente autorizado para los fines propios del seguro, así como su acceso y utilización por las personas que participan en su actividad aseguradora, incluyendo (en la modalidad de Servicios Médicos Concertados) a profesionales y centros que participen en la prestación de la asistencia sanitaria, entidades reaseguradoras o coaseguradoras y otras entidades que actúen en la gestión y cobro de las primas a través de cualquier medio de pago. Asimismo, salvo indicación en contra por el titular marcando la casilla de abajo con una X, queda autorizado el tratamiento y cesión de datos necesarios para la prevención e investigación del fraude, así como su tratamiento para el ofrecimiento de seguros y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar por CIGNA o sociedades de su mismo grupo a quienes les pueden ser cedidos. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal que figuren en tales ficheros, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la siguiente dirección: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio 14 Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en el número de teléfono 902.363.666. En caso de que se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del titular de los datos, el que facilite los datos se hace responsable de informarle de la inclusión de los mismos en el fichero antes mencionado, así como del resto de cuestiones indicadas en el presente apartado de Protección de datos de carácter personal.

No consiento el ofrecimiento de servicios arriba indicado

El Asegurado o representante legal en su caso, declara que las respuestas anteriores son completas y verdaderas y autoriza a los médicos o cualquier otra persona o institución hospitalaria a que faciliten a CIGNA la información o copia de las historias, informes, pruebas y demás documentos relativos a los servicios prestados en este impreso.

Firma del Asegurado (o representante legal):

Fecha:

ENVÍE ESTE FORMULARIO Y TODA LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA A:

**APARTADO DE CORREOS 50.740  
28080 MADRID**