





## Solicitud de reembolso de gastos

Para recibir el reembolso de los gastos de tu Póliza de Salud, por favor rellena los datos que te solicitamos y envíanos la solicitud junto con la documentación correspondiente, a través de los canales que te indicamos en el anverso de esta solicitud.

Su cumplimentación es obligatoria.



Producto	Nº Póliza	Nº Asegurado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre y apellidos del Asegurado	Fecha nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Teléfono de contacto

E-mail de contacto

### ¿Quién recibirá el pago?

Te recordamos que la persona que perciba el pago debe ser el titular de la cuenta bancaria. Si no marcas ninguna opción, el reembolso se efectuará en la cuenta bancaria donde se domicilian los recibos. En caso de pertenecer a un colectivo, precisamos se cumplimenten los datos solicitados.

<input type="checkbox"/> ASEGURADO QUE HA RECIBIDO LA PRESTACIÓN	<input type="checkbox"/> OTRO ASEGURADO DE LA PÓLIZA			
NOMBRE COMPLETO <input type="text"/>	N.I.F.: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> CUENTA BANCARIA INDICADA EN LA PÓLIZA	<input type="checkbox"/> OTRA CUENTA (Indica Titular)			
TITULAR CUENTA*: <input type="text"/>				
Nº CUENTA:				
C.PAIS	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\*) Te recordamos que el Perceptor del pago debe ser Titular de la cuenta bancaria

### Detalle de la documentación aportada

Nº FACTURA: <input type="text"/>	FECHA PRESTACIÓN: <input type="text"/>
ESPECIALIDAD: <input type="text"/>	IMPORTE FACTURA: <input type="text"/>
En caso de tratarse de un ingreso hospitalario, por favor indica:	
FECHA DE INGRESO: <input type="text"/>	FECHA DE ALTA: <input type="text"/>

De conformidad con la normativa de protección de datos, te informamos de que AXA SEGUROS GENERALES S.A DE SEGUROS Y REASEGUROS, con CIF A60917978, con domicilio social en la calle Monseñor Palmer nº 1, 07014, Palma de Mallorca (España), tratará tus datos personales, incluidos los de salud, para gestionar el reembolso de los gastos médicos relativos a tu póliza, encontrándose legitimados dichos tratamientos en la ejecución de tu seguro, y en tu consentimiento previamente otorgado. Asimismo, podrán acceder a tus datos personales nuestros prestadores de servicios, necesarios para el adecuado cumplimiento de las obligaciones y/o de las finalidades. Puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de tus datos, en cualquier momento mediante escrito dirigido a Calle Emilio Vargas, 6, al Dpto. Operaciones - Relación Cliente, Calle Emilio Vargas, 6, 28043, Madrid, o a la dirección de email buzón.lpd@axa.es. Mas información en tu póliza de seguros.

El asegurado/representante legal declara que la información es verdadera y autoriza que los médicos de AXA SEGUROS GENERALES S.A. soliciten información adicional que necesiten relativa a los datos descritos en este impreso.

Fecha y firma del Asegurado

**AXA Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.**

Inscrita en el Registro Mercantil de Baleares. Hoja nº. PM-61041.

CIF A60917978. Domicilio Social: C/ Monseñor Palmer, 1 - 07014 Palma de Mallorca.



# ¿Cómo solicitar el reembolso de los gastos de tu póliza de salud?

## ¿Qué documentación debes enviarnos?



- **Una única solicitud de reembolso**, debidamente cumplimentada, por asegurado y factura.
- Las **facturas originales** de los gastos del asegurado. Donde se indique:
  - Nº de factura
  - Fecha de expedición
  - Fecha prestación médica
  - Razón social, domicilio, Cif o Nif, y nº de colegiado del profesional sanitario emisor de la factura.
  - Datos del asegurado que ha recibido la prestación
  - Domicilio y Nif del receptor de la factura
  - Descripción de la prestación sanitaria
  - Importe detallado
- **Prescripción médica**, en los casos de utilización de medios de diagnóstico, pruebas terapéuticas, servicios domiciliados de enfermería, o prótesis internas que estén garantizadas.
- Toda la información médica o clínica que se considere necesaria para la tramitación del reembolso.

## ¿Cómo puedes enviarnos la documentación?



- **Aplicación MyAXA**: si eres mayor de edad, puedes enviarnos la solicitud y las facturas de forma fácil y estar informado de la evolución de la gestión a través de nuestra aplicación, disponible tanto para iOS como para Android.
- **Por correo**: utilizando el sobre de franqueo pagado que te adjuntamos o si no dispones de este sobre, envía la documentación a la siguiente dirección:

AXA Seguros Generales S.A  
Departamento de reembolso de gastos  
Apartado de correos 61806FD  
28080 Madrid

Te rogamos que no envíes a esta dirección correos urgentes ni certificados.

## ¿Cuándo recibirás el pago?



**En un plazo de 15 días laborables** en la cuenta bancaria que nos has indicado, una vez recibamos toda la documentación necesaria. Recuerda, que el titular de la cuenta bancaria y el perceptor del pago debe ser la misma persona.

## ¿Necesitas más solicitudes de reembolso como esta?



Puedes conseguir las:

- A través de la web de AXA [www.axa.es/servicios/salud-solicitud-reembolso-gastos](http://www.axa.es/servicios/salud-solicitud-reembolso-gastos)
- Llamando al departamento de atención cliente 91 807 00 55 o 902 40 40 84.