



Sol·licitud de reemborsament de despeses

Per rebre el reemborsament de les despeses de la teva pòlissa de salut, si us plau emplena les dades que et demanem a sota i envia'ns la sol·licitud amb la documentació corresponent, per mitjà dels canals que t'indiquem a l'anvers d'aquesta sol·licitud.

És obligatori d'emplenar-la.

Producte	Pòlissa núm.	Assegurat núm.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom i cognoms de l'assegurat		Data de naixement	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Telèfon de contacte

E-mail de contacte

Qui rebrà el pagament?

Recorda que el beneficiari del pagament ha de ser el titular del compte bancari. Si no marques cap opció, el reemborsament es farà al compte bancari en què tinguis domiciliats els rebuts. Si pertanyes a un col·lectiu, caldrà que en facilitis les dades sol·licitades.

<input type="checkbox"/> ASSEGURAT QUE HA REBUT LA PRESTACIÓ	<input type="checkbox"/> UN ALTRE ASSEGURAT DE LA PÒLISSA
NOM COMPLET: <input type="text"/>	NIF: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> COMPTE BANCARI INDICAT A LA PÒLISSA	<input type="checkbox"/> UN ALTRE COMPTE (Cal indicar-ne el titular)
TITULAR COMPTE*: <input type="text"/>	
Nº CUENTA:	CODI DEL PAÍS ENTITAT OFICINA D.C. NÚMERO DEL COMPTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(*) Recorda que el beneficiari del pagament ha de ser el titular del compte bancari.

Detalls de la documentació aportada

NÚM. FACTURA: <input type="text"/>	DATA PRESTACIÓ: <input type="text"/>
ESPECIALITAT: <input type="text"/>	IMPORT FACTURA: <input type="text"/>
En cas que es tracti d'un ingrés hospitalari, si us plau indica:	
DATA DE L'INGRÉS: <input type="text"/>	DATA D'ALTA: <input type="text"/>

D'acord amb la normativa de protecció de dades, t'informem que AXA SEGUROS GENERALES S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, amb CIF A60917978 i domicili social al carrer Monsenyor Palmer, núm. 1, 07014, Palma de Mallorca (Espanya), farà el tractament de les teves dades personals, incloent-hi les dades de salut, per gestionar el reemborsament de les despeses mèdiques relatives a la teva pòlissa, perquè està legitimat a fer-ne el tractament en l'execució de la teva assegurança i perquè prèviament n'hi vas donar el consentiment. De la mateixa manera, els nostres prestadors de serveis podran accedir a les teves dades personals, quan convingui per complir adequadament les obligacions legals i/o altres finalitats. Pots exercir els teus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació i portabilitat de les dades en qualsevol moment enviant un escrit al Dpto. Operaciones - Relación Cliente, Calle Emilio Vargas, 6, 28043, Madrid, o l'adreça electrònica buzon.lopd@axa.es. Més informació a la teva pòlissa d'assegurances.

L'assegurat/representant legal declara que la informació és vera i autoritza els metges d'AXA SEGUROS GENERALES S.A. a demanar qualsevol informació addicional que necessitin pel que fa a les dades descrites en aquest imprès.

Data i signatura de l'assegurat

AXA Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

Inscrita al Registre Mercantil de les illes Balears. Full núm. PM-61041.
CIF A60917978. Domicili social: c/ Monsenyor Palmer, 1, 07014 Palma de Mallorca.



Com pots demanar el reemborsament de les despeses de la teva pòlissa de salut?

Quina documentació ens has d'enviar? _____



- **Una única sol·licitud de reemborsament**, emplenada degudament, per assegurat i factura.
- Les **factures originals** de les despeses de l'assegurat, en les quals s'indica:
 - Núm. de factura.
 - Data d'expedició.
 - Data de la prestació mèdica.
 - Raó social, adreça, CIF o NIF i núm. de col·legiat del professional sanitari que emet la factura.
 - Dades de l'assegurat que ha rebut la prestació.
 - Adreça i NIF del receptor de la factura.
 - Descripció de la prestació sanitària.
 - Import detallat.
- **Prescripció mèdica**, en cas que es facin servir mètodes de diagnòstic, proves terapèutiques, serveis d'infermeria domiciliats o pròtesis internes que estiguin cobertes.
- Tota la informació mèdica o clínica que es consideri necessària per tramitar-ne el reemborsament.

Com ens pots fer arribar la documentació _____



- **L'aplicació MyAXA**: si ets major d'edat, ens pots fer arribar la sol·licitud i les factures de manera fàcil i estar informat sobre com evoluciona la gestió mitjançant la nostra aplicació, disponible tant per a iOS com per a Android.
- **Per correu**: fent servir el sobre de franqueig pagat que t'hi adjuntem o, si no tens aquest sobre, pots enviar la documentació a l'adreça següent:

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

Si us plau, no enviïs correus urgents ni certificats en aquesta adreça.

Quan rebràs el pagament? _____



En un termini de 15 dies feiners al compte bancari que vas especificar, un cop hàgim rebut tota la documentació necessària. Recorda que el titular del compte bancari i el beneficiari del pagament han de ser la mateixa persona.

Necessites més sol·licituds de reemborsament com aquesta? _____



Les pots aconseguir:

- A través del web d'AXA www.axa.es/servicios/salud-solicitud-reembolso-gastos
- O bé trucant al departament d'atenció al client 900 909 014 / 91 807 00 55.