

Solicitud de Reembolso de Gastos



Para solicitar el reembolso de gastos de su póliza de salud, por favor, cumplimente los datos que le indicamos y envíenos la solicitud junto con las facturas.

Asegurado/s que han recibido la prestación

Póliza N°.: _____

Por favor, escriba en mayúsculas los datos que le solicitamos

Nombre y Apellidos
Asegurado 1: _____
NIF _____
Teléfono de contacto _____ E-mail _____

Datos de Reembolso de la/s Factura/s

Rellene el apartado que proceda

AXA Seguros Generales, S.A. procederá al reembolso de las facturas adjuntas mediante transferencia bancaria.	
Perceptor del pago: <input type="checkbox"/> El Asegurado que ha recibido la prestación <input type="checkbox"/> Otro Asegurado de la póliza Nombre _____ Apellidos _____ NIF _____	Cuenta Bancaria: <input type="checkbox"/> Cuenta bancaria indicada en la póliza <input type="checkbox"/> Otra (indicar el n° y nombre del titular): _____ _____ (Le recordamos que el Perceptor del pago debe ser Titular de la cuenta bancaria)

Asistencia Ambulatoria

Para realizar el reembolso de las facturas es necesario que el Asegurado complete la siguiente información:

Centro o Especialista Médico	NIF	Especialidad	Diagnóstico	Fecha prestación
Factura 1				
Factura 2				
Factura 3				
Factura 4				

Ingreso Hospitalario

Para hacer efectivo el reembolso de la factura es necesario adjuntar el correspondiente informe médico.

Nombre del Centro _____	Fecha del Ingreso _____
Motivo del Ingreso _____	Fecha del Alta _____

El Asegurado/Representante legal abajo firmante declara que la información detallada es completa y verdadera y autoriza a los médicos de AXA Seguros Generales, S.A. a solicitar aquella información adicional que precise relativa a los datos descritos en este impreso

Fecha y Firma del Asegurado

Enviar esta solicitud y las facturas a:

AXA Seguros Generales, S.A.
Departamento de Reembolso de Gastos
Apartado de Correos 1148 FD
08080 Barcelona

Se ruega no enviar a esta dirección correos urgentes ni certificados.