



INFORMACIÓN MUY IMPORTANTE:

- 1 Rellene el impreso con letras mayúsculas.
- 2 No olvide cumplimentar todos los apartados.
- 3 Adjunte las facturas originales e informes médicos u otros documentos relacionados con la asistencia médica.
- 4 En caso de hospitalización, incluya informe médico de alta.

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS

DATOS DEL CLIENTE

Apellidos: _____ Nombre: _____
 Calle: _____ Nº: _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____
 Municipio: _____ C.P. [] [] [] [] [] [] Provincia: _____
 Número de tarjeta: [] E-mail: _____
 Teléfono: [] Asistencia requerida por: Enfermedad Accidente laboral Accidente de tráfico Otros

CUMPLIMENTAR EN CASO DE ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Apellidos y nombre del médico: _____ NIF/CIF: _____
 Dirección consulta: _____ Nº: _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____
 Municipio: _____ C.P. [] [] [] [] [] [] Provincia: _____
 Teléfono: [] E-mail: _____
 Número de colegiado: _____ Especialidad: _____
 Fecha de asistencia: [] [] [] [] [] [] **Importe:** _____

CUMPLIMENTAR EN CASO DE ASISTENCIA HOSPITALARIA

Nombre del centro hospitalario: _____
 Dirección: _____ Nº: _____ Bloque: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____
 Municipio: _____ C.P. [] [] [] [] [] [] Provincia: _____
 Teléfono: [] CIF: _____

Médico (apellidos y nombre)	Especialidad	Nº de colegiado	NIF/CIF	Importe

Total gastos: _____

ESPECIFICAR ASISTENCIA RECIBIDA

Quirúrgico Descripción: _____
 Médico Descripción: _____
 Otros Descripción: _____
 Fecha de ingreso: [] [] [] [] [] [] Fecha de intervención: [] [] [] [] [] [] Fecha de alta: [] [] [] [] [] []

DATOS BANCARIOS PARA INGRESO DEL REEMBOLSO (sólo para tomador o beneficiarios de la póliza)

Nombre y apellidos del titular de la cuenta: _____
 IBAN: [] Cuenta corriente: [] BIC: []

A rellenar por el asegurador Fecha de recepción de documentación: [] [] [] [] [] []

SANITAS S.A. DE SEGUROS (en adelante SANITAS), se obliga a conservar de forma confidencial los datos que en cada momento le sean facilitados por los Tomadores o beneficiarios. El solicitante declara que la información que ha facilitado es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada una de las personas incluidas en la póliza. SANITAS no contrae obligación alguna como consecuencia de la presente solicitud y se reserva el derecho de aceptación o rechazo de la misma a los efectos de la contratación del seguro. El solicitante consiente expresamente en que todos los datos personales relativos al Tomador y Asegurados sean incorporados a ficheros de SANITAS para la efectividad y mantenimiento de las relaciones entre las partes, la prevención del fraude, el ofrecimiento de programas asistenciales integrales, el conocimiento de los motivos de rechazo de esta solicitud o baja de la póliza, el ofrecimiento de programas de retención y el envío, por cualquier medio incluidos los móviles o electrónicos, de información contractual o de servicio, notificaciones, publicidad u otras ofertas propias o de terceros relacionados con SANITAS que pudieran resultar de su interés, autorizando a SANITAS a tratar sus datos para enviarle información relacionada con dichos fines. Los datos del Tomador/Asegurado serán comunicados recíprocamente a los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y entidades con las que mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o de colaboración, para la correcta prestación del servicio, ejecución y cumplimiento del seguro, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude, ofrecimiento de los programas integrales asistenciales que pueda tener SANITAS y para la atención de las reclamaciones presentadas por los Asegurados. Con el objeto de prevenir el fraude, los Asegurados consienten expresamente en que sean conservados por SANITAS los datos necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación. Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto. Asimismo, los Asegurados autorizan expresamente la cesión de sus datos identificativos básicos a empresas del Grupo Sanitas que constan identificadas en www.sanitas.es, relacionadas con productos y servicios financieros, socio-sanitarios y/o de salud y bienestar para el envío de información comercial de las mismas. El Tomador manifiesta que cuenta con el consentimiento de los Asegurados tanto para que por el Tomador se den sus datos personales a SANITAS como para que SANITAS facilite al Tomador la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Tomador se libere por escrito a SANITAS de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados. El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados de la póliza la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados y el tratamiento que de los mismos pretende realizar SANITAS para que puedan ejercitar ante la misma los derechos que estimen convenientes. Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos previos en la mencionada legislación, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Ribera del Loira, 52, 28042 Madrid, Dpto. de Atención al Cliente.

Firma del Tomador/Asegurado

El arriba firmante declara que todos los datos que figuran en este impreso son ciertos y correctos y que los servicios descritos han sido efectivamente recibidos y abonados conforme a los justificantes que se adjuntan.