

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 Salud 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 Salud 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 Salud
Departamento de Reembolso de Gastos
Apartado de Correos 1148 FD
08080 Barcelona

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