



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Plan de Salud Cigna

Parque Empresarial La Finca. Paseo del Club Deportivo 1.
Edificio 14, Planta Baja. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

902 363 666 | servicio.cliente@cigna.com
Más información en: www.cignasalud.es/reembolso

(Ver instrucciones al dorso)

RELLENAR CON LETRA DE IMPRENTA · TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS

SI LA CAUSA DEL TRATAMIENTO ES UN ACCIDENTE O ES IMPUTABLE A UN TERCERO, MARCA X EN ESTA CASILLA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos _____ Nº de Asegurado/Chipcard _____/_____
Dirección _____ CP _____
Localidad _____ Provincia _____
Tlf. móvil/Tlf. fijo* _____ / _____ E-mail* _____
Nombre de la empresa (para pólizas colectivas) _____

* Rellenando el número de teléfono móvil, fijo y dirección de e-mail, podremos ponernos en contacto si tuviéramos alguna duda.

ACTOS MÉDICOS

NIF Especialista/ Centro	Nº Factura	Importe Factura (en €)	Nº Colegiado (si procede)	Especialista (si procede)	Concepto/ Acto asistencial	Fecha servicio (dd/mm/aa)

MARCA X SÓLO EN CASO DE DISPONER DE COBERTURAS ADICIONALES EN TU PÓLIZA: DENTAL (sólo reembolso o mixto) FARMACIA

DATOS BANCARIOS DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Datos bancarios del Paciente y/o Representante Legal. En caso de no indicar número de cuenta, los abonos por reembolso se realizarán en la última cuenta indicada.

Nombre y apellidos _____
IBAN: _____

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

El Asegurado, o Representante Legal en su caso, declara que las respuestas anteriores son completas y verdaderas y que los servicios que se describen en este impreso, así como los correspondientes a la documentación adjunta, han sido efectivamente realizados y abonados, y autoriza a los médicos y cualquier otra persona o institución hospitalaria a que faciliten a Cigna la información o copia de las historias, informes, pruebas y demás documentos relativos a los servicios prestados en este impreso. Además, declara conocer y aceptar la cláusula referente a la Ley de Protección de Datos Personales, detallada en el reverso de este documento.

No te olvides de la firma Fecha ____/____/____

Firma del paciente y/o Representante Legal

¿CÓMO SOLICITAR EL REEMBOLSO DE GASTOS?

Para poder obtener el reembolso de los gastos médicos en los que hayas incurrido fuera de nuestro Cuadro Médico, deberás remitirnos la **“Solicitud de reembolso de gastos médicos”** correctamente cumplimentada y firmada por el paciente o Representante Legal.

- DATOS DEL PACIENTE** (es imprescindible que rellenes todos los datos):
 - Nombre y apellidos del Asegurado.
 - Nº de Asegurado/Nº Chipcard.
 - Teléfono móvil/ Teléfono fijo.
 - Dirección.
 - E-mail.
 - Nombre de la empresa en el caso de que sea una póliza colectiva.
- DATOS DE LA FACTURA**, además del envío de las **facturas originales**. Te recomendamos guardes una copia de las mismas hasta que se realice el reembolso:
 - NIF del emisor de la factura (según sea especialista médico o centro asistencial).
 - Número de colegiado (en caso de que se trate de médico).
 - Especialidad (en caso de que se trate de un especialista médico).
 - Número de factura.
 - Fecha de factura.
 - Concepto-Acto Asistencial.
 - Importe de la factura (de esta cantidad se reembolsará al Asegurado el importe correspondiente según las Condiciones de la Póliza).
 - La factura deberá contener un **desglose detallado de los diversos conceptos/actos asistenciales** realizados, incluyendo la fecha de realización de los mismos.
- FIRMA**. No olvides firmar para que podamos realizar el reembolso.
- DATOS BANCARIOS**:
 - Nombre y apellidos.
 - Nº de cuenta bancaria.
- OTROS DOCUMENTOS** (originales):
 - En caso de **medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios**, deberás adjuntar la **prescripción médica original** correspondiente.
 - En caso de tratamientos de **Rehabilitación/Fisioterapia** se debe adjuntar la **prescripción correspondiente** emitida por médico rehabilitador o traumatólogo.
 - En caso de **tratamiento de psicología** se debe adjuntar la **prescripción del psiquiatra, neurólogo o pediatra** (en el caso de menor de 14 años).
 - En caso de **Hospitalización**, tendrás que **adjuntar Informe Clínico de Alta** en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada.
- OTRAS COBERTURAS**:
 - Dental**. Para dental mixto la factura deberá ir detallada por servicio e importe unitario.
 - Farmacia**. Incluye la prescripción médica de fármacos, indicando a quién corresponden los medicamentos.

Recuerda: no quedan cubiertos los medicamentos de libre dispensación, es decir, aquellos suministrados sin receta médica.

TODAS LAS PRESCRIPCIONES DEBERÁN LLEVAR SU FECHA CORRESPONDIENTE.

¿CÓMO TIENES QUE ENVIARNOS LA SOLICITUD DE REEMBOLSO?

Envíanos toda la documentación a cualquiera de las siguientes direcciones:

Cigna Salud
ATT. REEMBOLSOS
Apartado de Correos 50.740
28080 Madrid

Cigna Salud
Parque Empresarial La Finca
Paseo del Club Deportivo 1. Edificio 14, Planta Baja
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

¿CÓMO TE REEMBOLSAREMOS LOS GASTOS?

En un plazo de **10 días laborables desde la recepción de toda la documentación necesaria**, por lo que te aconsejamos compruebes que rellenas y envías todos los apartados/documentos obligatorios para que el reembolso se realice en los plazos marcados. **El pago se realizará por transferencia bancaria.**

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos de carácter personal que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados facilitan a Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España (Cigna) - directamente o a través de su mediador de seguros o de los profesionales médicos que atiendan a asegurados en la modalidad de Servicios Médicos Concertados - antes y a lo largo de la relación aseguradora - se incluirán en ficheros de datos de carácter personal, cuyo titular y responsable es Cigna. Su tratamiento queda expresamente autorizado para los fines propios del seguro, así como su acceso y utilización por las personas que participan en su actividad aseguradora, incluyendo (en la modalidad de Servicios Médicos Concertados) a profesionales y centros que participen en la prestación de la asistencia sanitaria, entidades reaseguradoras o coaseguradoras y otras entidades que actúen en la gestión y cobro de las primas a través de cualquier medio de pago. Asimismo queda autorizado el tratamiento y cesión de datos necesarios para la prevención e investigación del fraude, así como su tratamiento para el ofrecimiento de seguros y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar por Cigna o sociedades de su mismo grupo (Cigna European Services (UK) Limited, Sucursal en España) a quienes les pueden ser cedidos. En particular, los datos personales serán utilizados para el envío de comunicaciones publicitarias, promocionales o de contenidos relacionados con la relación aseguradora, incluidas las comunicaciones comerciales electrónicas, a los efectos del artículo 21 de la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información, y para la gestión de sus clientes por parte de Cigna, al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil y de realizar, en su caso, modelos valorativos, todo ello sin perjuicio del derecho del afectado de manifestar expresamente su negativa al tratamiento o la comunicación de sus datos personales no directamente relacionados con el mantenimiento, desarrollo o control de la relación contractual, en los términos señalados a continuación. Cigna le asegura que los datos personales que nos facilite serán tratados conforme a la normativa de protección de datos de carácter personal. Le señalamos igualmente que Cigna podría transferir sus datos únicamente para la mejor realización de la finalidad para la que usted nos los cede a entidades que colaboran con esta compañía que pueden estar ubicadas en lugares donde el nivel de protección de los datos personales no sea del todo equivalente al existente en la Unión Europea. Sepa que usted puede, siempre que lo desee, pedir el detalle de esas compañías colaboradoras. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal que figuren en tales ficheros, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la siguiente dirección: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1-Edificio 14- Planta Baja, 28223, Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en proteccion.datos@cigna.com. En caso de que se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del titular de los datos, el que facilite los datos se hace responsable de informarle de la inclusión de sus datos en los ficheros antes mencionados, así como del resto de cuestiones indicadas en el presente apartado de Protección de Datos de Carácter Personal.