

Solicitud de reembolso de gastos médicos

Plan de Salud Cigna (Ver instrucciones al dorso)



91 418 40 40 - 93 301 06 56 - 900 101 348 / servicio.cliente@cigna.com
Más información en: www.cignasalud.es/reembolso

Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo I.
Edificio I4, Planta Primera. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

Si la causa del tratamiento es un accidente o es imputable a un tercero, marca la siguiente casilla:

Datos del paciente

Nombre y Apellidos: _____ N° de Asegurado/Chipcard: _____ - _____
Dirección: _____ C.P. _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Tlf. móvil/Tlf. fijo: _____ / _____ Email*: _____
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	N° Factura	Importe Factura (€)	N° Colegiado (si procede)	Especialista (si procede)	Concepto/ Acto asistencial	Fecha servicio (dd/mm/aa)

Marca la casilla solamente en caso de disponer de coberturas adicionales en tu póliza: Dental: _____ (solo reembolso o mixto) Farmacia: _____

Datos Bancarios

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.

Nombre: _____
Apellidos: _____
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.

I. DATOS DEL PACIENTE

(es imprescindible que rellenes todos los datos).

- › Nombre y Apellidos del Asegurado.
- › N° de Asegurado/N° Chipcard.
- › Teléfono móvil/ Teléfono fijo.
- › Dirección.
- › E-mail.
- › Nombre de la empresa en el caso de que sea una póliza colectiva.

2. 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.

3. FIRMA

No olvides firmar para que podamos realizar el reembolso.

4. DATOS BANCARIOS

- › Nombre y Apellidos
- › N° de cuenta bancaria

5. 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.

6. 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.

¿Cómo tienes que enviarnos la solicitud de reembolso?

Envíanos toda la información a cualquiera de las siguientes direcciones:

Cigna Healthcare España
ATT. REEMBOLSOS
Apartado de Correos 50.740
28080 Madrid

Cigna Healthcare España
Parque Empresarial La Finca
Paseo del Club Deportivo I. Edificio I4, Planta Primera.
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

¿Cómo te reembolsaremos los gastos?

En un plazo de **10 días laborales 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

Responsables del tratamiento: Los datos personales (incluyendo datos de salud) que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados faciliten 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, como consecuencia de la solicitud, formalización, ejecución y desarrollo del contrato de seguro, serán tratados por y bajo la responsabilidad de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España ("Cigna").

Finalidad del tratamiento: Los datos serán tratados para la formalización de la póliza, la gestión del contrato, el cumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos (incluyendo el tratamiento realizado por profesionales y centros médicos para la prestación sanitaria en la modalidad de servicios médicos concertados), la gestión de coaseguro o reaseguro, la tramitación de siniestros, la prevención y lucha contra el fraude, y, en general, para garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones legales por parte de Cigna. Además, los datos se tratarán por parte de Cigna para realizar análisis estadísticos y estudios para la tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora, la mejora de nuestros servicios y ofertas comerciales de productos propios y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar que puedan resultar de su interés.

Los datos objeto de tratamiento se conservarán en la medida en que sean necesarios para la finalidad y según la base jurídica del tratamiento de la misma de conformidad con la ley aplicable. Mantendremos la información personal mientras exista una relación contractual y/o comercial con el asegurado, o mientras éste no ejerza su derecho de supresión, oposición o limitación del tratamiento de sus datos. En estos casos, se mantendrán bloqueados, limitando su tratamiento a la atención de las posibles responsabilidades sólo durante el plazo de prescripción de las mismas.

Legitimación del tratamiento: La base legal es la ejecución del contrato de seguro, así como el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa aplicable. El tratamiento de los datos para la oferta de productos propios se basa en el interés legítimo de Cigna en promocionar sus productos.

Destinatarios: Los datos personales pueden ser comunicados a otras entidades del Grupo Cigna así como otras aseguradoras por razones de coaseguro o reaseguro; a ficheros comunes creados con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora y para la prevención y lucha contra el fraude.

Derechos: Podrá dirigir sus solicitudes de acceso, rectificación, supresión, limitación de su tratamiento, oposición o portabilidad respecto de sus datos personales, por escrito dirigido al domicilio social del responsable en el Parque Empresarial La Finca, Pº del Club Deportivo, I -Edificio I4- Planta Primera, 28223, Pozuelo de Alarcón, Madrid, indicando "LOPDGDD" e incluyendo una copia de un documento oficial acreditativo de su identidad. Igualmente puede también ponerse en contacto con Cigna para este fin, a través de los siguientes medios: teléfono: 900 101 348, o por email al Delegado de Protección de Datos (DPO) en CGHB-EU-Privacy@Cigna.com. En caso de que se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del titular de los datos, quien facilite los datos, será responsable a todos los efectos de informarle de la cesión efectuada a Cigna así como del resto de cuestiones indicadas en el presente apartado de protección de datos de carácter personal.

Le informamos que tiene derecho a recabar la tutela de la Agencia Española de Protección de datos a través de su página web www.agpd.es. Puede ampliar esta información en la Política de Privacidad en www.cignasalud.es.

servicio.cliente@cigna.com

91 418 40 40 - 93 301 06 56 - 900 101 348

www.cigna.es