

Per a sol·licitar el reemborsament de despeses de la seva pòlissa de salut, si us plau, empleni les dades que li indiquem i envïïns la sol·licitud acompanyada de les factures.

Assegurat/s que han rebut la prestació

Si us plau, escriui en majúscules les dades que li sol·licitem

Pòlissa Núm.:

Nom i Cognoms	
Assegurat 1:	
NIF	Telèfon de contacte
E-mail	

Dades de Reemborsament/s Factura/es

Empleni l'apartat que procedeixi

FIATC Assegurances procedirà al reemborsament de les factures adjuntades mitjançant transferència bancària.

Perceptor del pagament ☐ L'Assegurat que ha rebut la prestació ☐ Un altre assegurat de la pòlissa	Compte Bancari: ☐ Compte bancari indicat a la pòlissa ☐ Un altre (indicar el núm. i nom del titular)
Nom	
Cognoms	
NIF	

Li recordem que, en cas d'indicar un compte bancari diferent del que s'indicava a la pòlissa, haurà d'adjuntar el certificat de titularitat bancària.

L'Assegurat/Representant legal a sota signant declara que la informació detallada està completa i vertadera i autoritza als metges de FIATC Assegurances a sol·licitar aquella informació addicional que necessiti relativa a les dades descrites en aquest imprès.

Data i Signatura de l'Assegurat

Enviar aquesta sol·licitud i les factures a:

FIATC MÚTUA D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES
Departament de Reemborsament de Despeses
Avinguda Diagonal, 648
08017 Barcelona

Com sol·licitar el Reemborsament de Despeses de Salut?

Per a poder obtenir el reemborsament de les despeses que hagi tingut fora del nostre quadre mèdic, haurà de remetre'ns la següent informació:

1. **Una Sol·licitud** de reemborsament **per assegurat**, degudament emplenada.
2. S'ha **d'adjuntar el certificat de titularitat bancària** del Perceptor del pagament si s'indica un compte bancari diferent de l'indicat a la documentació de la pòlissa.
3. Les **factures originals** de les despeses de l'assegurat. Segons el Reial Decret RD 1619/2012 de novembre 2012, les factures hauran d'incloure imprescindiblement:
 - Número de factura
 - Data d'expedició
 - Data de prestació mèdica.
 - Raó social, domicili, CIF o N.I.F. i número de col·legiat del professional sanitari (emissor de la factura)
 - Dades de l'assegurat que ha rebut la prestació: Nom i cognom/s.
 - Domicili i N.I.F. de receptor de la factura.
 - Descripció de la prestació sanitària.
 - Especialitat.
 - Import detallat
4. **Justificació del pagament** de les factures per part de l'Assegurat per al seu reemborsament.
5. **Prescripció mèdica** en els casos d'utilització de mitjans de diagnòstic, proves terapèutiques, tractaments de rehabilitació, serveis domiciliaris d'infermeria o de les pròtesis internes que estiguin garantides.
6. **Tota la informació mèdica o clínica** que es consideri necessària per a la valoració i tractament del reemborsament.
7. **No s'acceptaran factures** per al seu reemborsament amb més de 6 mesos d'antiguitat des de la data en què es va realitzar la prestació.

Com enviar-nos la sol·licitud?

Per a una major facilitat pot enviar-nos la sol·licitud de reemborsament junt amb tota la documentació de despeses a la següent adreça:

reembolsos.salud@fiatc.es

En el cas d'efectuar l'enviament de la documentació per correu ordinari, recomanem que es realitzi mitjançant carta certificada a la següent adreça:

FIATC MÚTUA D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES

Departament de Reemborsament de Despeses Avinguda

Diagonal, 648 - 08017 Barcelona

També podrà realitzar el lliurament a qualsevol de les nostres oficines.

Com li reemborsarem les Despeses?

- En un termini de **15 dies laborables** després de la recepció de tota la documentació necessària.
- El pagament es realitzarà mitjançant **transferència bancària**.

IMPORTANT Per evitar retards innecessaris en el reemborsament de les seves despeses:

El titular del compte bancari i el perceptor del pagament han de ser la mateixa persona.

Com sol·licitar el formulari “Sol·licitud de Reemborsament de Despeses”??

- Accedint al nostre Web **www.fiatc.es**.
- A través de les nostres oficines