

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

Por favor, escriba en mayúsculas los datos que le solicitamos

Póliza N°:

Nombre y Apellidos Asegurado 1:	
NIF	Teléfono de contacto
E-mail	

Datos de Reembolso de la/s Factura/s

Rellene el apartado que proceda

FIATC Seguros procederá al reembolso de las facturas adjuntas mediante transferencia bancaria.

<p>Perceptor del pago:</p> <p><input type="checkbox"/> El Asegurado que ha recibido la prestación</p> <p><input type="checkbox"/> Otro Asegurado de la póliza</p>	<p>Cuenta Bancaria:</p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta bancaria indicada en la póliza</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (indicar el n° y nombre del titular):</p> <p>_____</p>
Nombre	
Apellidos	
NIF	(Le recordamos que el Perceptor del pago debe ser Titular de la cuenta bancaria)

El Asegurado/Representante legal abajo firmante declara que la información detallada es completa y verdadera y autoriza a los médicos de FIATC Seguros a solicitar aquella información adicional que precise relativa a los datos descritos en este impreso.

Fecha y Firma del Asegurado

Enviar esta sol icitud y las facturas a:

FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
Departamento de Reembolso de Gastos
Avinguda Diagonal, 648
08017 Barcelona

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

¿Cómo solicitar el Reembolso de Gastos de Salud?

Para poder obtener el reembolso de los gastos en que haya incurrido fuera de nuestro cuadro médico, deberá remitirnos la siguiente información:

1. **Una Solicitud** de reembolso **por asegurado**, debidamente cumplimentada.
2. Las **facturas originales** de los gastos del asegurado. Según el Real Decreto RD 1619/2012 de noviembre 2012, las facturas deberán incluir imprescindiblemente:
 - Número de factura.
 - Fecha de expedición.
 - Fecha de prestación médica.
 - Razón social, domicilio, CIF o N.I.F. y número de colegiado del profesional sanitario (emisor de la factura).
 - Datos del asegurado que ha recibido la prestación: Nombre y apellido/s.
 - Domicilio y N.I.F. de receptor de la factura.
 - Descripción de la prestación sanitaria.
 - Especialidad.
 - Importe detallado.
3. **Prescripción médica** en los casos de utilización de medios de diagnóstico, pruebas terapéuticas, tratamientos de rehabilitación, servicios domiciliarios de enfermería o de las prótesis internas que estén garantizadas.
4. **Toda la información médica o clínica** que se considere necesaria para la valoración y tramitación del reembolso.
5. **No se aceptarán facturas** para su reembolso de más de 6 meses de antigüedad a contar desde la fecha de solicitud del reembolso.

¿Cómo enviarnos la solicitud?

Para su mayor facilidad, puede enviarnos la solicitud de reembolso junto con toda la documentación de gastos a la siguiente dirección:

FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
Departamento de Reembolso de Gastos
Avinguda Diagonal, 648 - 08017 Barcelona

También podrá realizar la entrega en cualquiera de nuestras oficinas.

¿Cómo le reembolsamos los Gastos?

- En un plazo de **15 días laborables** después de la recepción de toda la documentación necesaria.
- El pago se realizará mediante **transferencia bancaria**.

IMPORTANTE Para evitar retrasos innecesarios en el reembolso de sus gastos:

El titular de la cuenta bancaria y el perceptor del pago deben ser la misma persona.

¿Cómo solicitar el Formulario “Solicitud de Reembolso de Gastos”?

- Accediendo a nuestra Web **www.fiatc.es**.
- A través de nuestras oficinas.