SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

1. Escriba con letra clara, con tinta negra y **LETRAS DE MOLDE**.
2. Este formulario de solicitud de reembolso contiene datos personales. No lo com parta con asegurados que no sean de su familia.
3. Rellene un formulario de solicitud de reembolso aparte para cada paciente y para cada divisa.
4. Remita este formulario con las facturas originales (sin grapar) a: **Cigna, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgium**

Asegurado

N.° de referencia personal /

Organización

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

PACIENTE

Nombre

Fecha de nacimiento D M A

Sexo ◯ M ◯ F

Parentesco ◯ Asegurado ◯ Cónyuge o pareja ◯ Hijo/a ◯ Otro, por favor especifique

INFORMACIÓN SOBRE SU SOLICITUD DE REEMBOLSO

¿La solicitud de reembolso está relacionada (parcialmente) con un accidente? ◯ No ◯ Sí ◯ Sí, accidente laboral

Si la respuesta es sí, rellene también el **formulario de declaración de accidente**.

¿La solicitud de reembolso está cubierta por otro seguro? ◯ No ◯ Sí

En ese caso, especifique el importe y la compañía aseguradora, e incluya los estados de cuentas de la aseguradora (detalles de reembolso, facturas, etc.)

Importe y divisa

Compañía de seguros

Moneda	Importe	Fecha de la factura	Naturaleza de los gastos	Información adicional (por ejemplo el diagnóstico)
		D M A		
		D M A		
		D M A		
		D M A		
		D M A		

Total 0

País principal del tratamiento

DATOS DE PAGO: CUMPLIMENTAR SOLAMENTE EN CASO DE CAMBIO

◯ Transferencia bancaria ◯ Cheque Moneda preferida para el reembolso

Las monedas están limitadas por el contrato. Si la cuenta bancaria está denominada en una moneda diferente de ésta, usted deberá correr con los gastos de las comisiones que pueda cobrarle el banco.

Nombre del titular de la cuenta

N.° de cuenta o IBAN

Código BIC/Swift

ID del banco

Nombre y dirección completos del banco

Para facilitar una gestión fluida del contrato y/o de la solicitud de reembolso, y únicamente con este fin, doy por la presente mi consentimiento específico en cuanto al procesamiento de mis datos médicos o de los datos médicos de los miembros de mi familia (artículo 7 de la ley belga del 8 de diciembre de 1992 sobre la protección de la privacidad). Declaro que la información anterior es a mi leal saber y entender correcta y verdadera. La presentación de solicitudes de reembolso falsas o de información engañosa o la ocultación de información relacionada con ellas es un delito punible por la ley.

◯ Por la presente confirmo que he leído y entiendo completamente la Política de privacidad de Cigna (https://www.cignahealthbenefits.com/es/privacy) y otorgo mi consentimiento al tratamiento de mis datos personales (incluidos los datos médicos) según su definición en la Política de privacidad de Cigna.

Fecha D M A

Firma del asegurado

5.90.341Invc_ES (0415)