

Dirección del Centro de Servicio

Solicitud de Reembolso de gastos médicos

Por favor, cumplimente la página 1 de este formulario en LETRAS MAYÚSCULAS y pida a su médico/terapeuta que cumplimente la página 2. Todos los documentos o facturas que se acompañan a este formulario deben estar redactados preferentemente en inglés, alemán, francés, holandés o español y deben utilizar números arábigos o letras latinas (es decir, 1, 2, 3 ... / a, b, c ...). Le recomendamos que guarde copias de todos los documentos presentados. Por favor, envíe este formulario, junto con el resto de los documentos, a través de su portal web de cliente o por correo electrónico o postal a la dirección indicada más abajo.

Nota: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, envíe una solicitud de reembolso a una compañía de seguros con información falsa o que omita, con la intención de engañar, información relacionada con cualquier hecho de relevancia, cometerá fraude de seguros y, por lo tanto, un delito penal.

A. Datos del titular	
☐ El titular también es el paciente	Número de póliza
Nombre	Apellido(s)
Dirección postal	
Edificio/Número	Calle
Código postal/zip/área Y población/ciudad	País Y región
Número de teléfono (+ código del país/área)	Dirección de correo electrónico

B. Datos del paciente (si no coinciden con los datos arriba indicados)	
Nombre	Apellido(s)
Número de póliza	Fecha de nacimiento

C. Datos bancarios para abono del reembolso	
Forma de pago Pago por transferencia bancaria (detalles abajo)	Moneda ☐ EUR ☐ USD ☐ GBP ☐ CHF ☐ Otra:
Titular de la cuenta (tal y como aparece en la cuenta bancaria)	Nombre del banco
IBAN	Código postal/zip/área Y población/ciudad
Número de cuenta (si no se dispone de IBAN)	País
Código Swift (BIC)	Código de la sucursal bancaria/código de enrutamiento (BLZ, ABA, código de clasificación - cuando no se dispone del código Swift/BIC)

Tome nota que Foyer Global Health S.A. reembolsará el importe total de cualquier siniestro cubierto por la póliza, independientemente de la moneda utilizada o del destino de los fondos transferidos. El reembolso no se efectúa necesariamente en la misma moneda en la que se emiten las facturas médicas. Foyer Global Health S.A. efectúa todos los cambios de divisa extranjera a los tipos normales de mercado y no deduce del importe de reembolso los gastos bancarios que se nos originan. No obstante, las transferencias transfronterizas pueden originar comisiones de los bancos intermediarios implicados y, en algunos casos, de su propio banco. Estas comisiones se deducen del importe final recibido, y pueden ser relativamente elevadas. Con el fin de evitar estos gastos, le recomendamos que, si usted tiene una cuenta en una de las monedas principales (por ejemplo, euros, libras esterlinas, dólares estadounidenses o francos suizos) en el país respectivo (por ejemplo, una cuenta en dólares en los EE.UU., una cuenta de libras esterlinas en el Reino Unido), indique siempre esta cuenta para el reembolso. Los transferencias transfronterizas realizadas dentro de la zona SEPA llevan el mismo coste que las transferencias nacionales.

D. Declaración de consentimiento del paciente	
Por la presente certifico que, según mi leal saber esta Solicitud de Reembolso no contiene ninguna información falsa, engañosa o incompleta. Entiendo y acepto que en el caso de que esta reclamación sea fraudulenta en su totalidad o en parte, la póliza será declarada nula y será responsable de las consecuencias legales del fraude. Con respecto a cualquier siniestro, autorizo a mi médico de cabecera/ médico generalista, profesional sanitario u otro proveedor médico correspondiente a facilitar cualquier dato o registro médico que Foyer Global Health S.A. o sus representantes designados puedan solicitar. Si el paciente es menor de edad, un padre o tutor deberá firmar esta sección.	
Firma del paciente	Fecha (dd/mm/aaaa)

E. Datos del médico/terapeuta	
Nombre del médico/especialista/terapeuta	Cualificaciones/credenciales
Nombre del hospital/de la clínica	
Dirección	
Edificio/Número	Calle
Código postal/zip/área Y población/ciudad	País Y región
Número de teléfono (+ código del país/área)	Dirección correo electrónico

F. Información médica (debe ser cumplimentada por el médico/terapeuta)	
Nombre del paciente	Fecha en la que el paciente se registró por primera vez con usted (dd/mm/aaaa)

Rogamos facilite información completa sobre el diagnóstico por el que se requiere asistencia médica, incluyendo el código ICD 9 ó 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades en sus siglas en inglés)

Síntomas del paciente		¿Están los síntomas relacionados con algún accidente? ☐ Sí ☐ No
Primera aparición de los síntomas (dd/mm/aaaa) 	Por favor, indique la fecha en que el paciente consultó por primera vez a un médico debido a la enfermedad o los síntomas (dd/mm/aaaa) 	
Indique detalladamente las pruebas médicas que le hayan realizado relacionadas con esta enfermedad realizadas anteriormente (indicando las fechas)		
Por favor, detalle cualquier tratamiento o medicación previos relacionados con esta enfermedad (indicando las fechas)		
Diagnóstico		
Más observaciones		

Firma del médico/terapeuta Fecha (dd/mm/aaaa)	Sello oficial del médico/terapeuta
--	------------------------------------