

Per sol·licitar el reemborsament de despeses de la seva pòlissa de salut, si us plau, empleni la sol·licitud amb les dades que li indiquem i enviïn's-la juntament amb les factures.

Assegurat/s que ha/n rebut la prestació

Si us plau, escrigui les dades que li sol·licitem amb majúscules

Pòlissa núm.:

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

Dades de reemborsament de la/les factura/es

Empleni l'apartat que sigui procedent

FIATC Assegurances reemborsarà les factures adjuntes mitjançant transferència bancària

Perceptor del pagament: <input type="checkbox"/> L'assegurat que ha rebut la prestació <input type="checkbox"/> Un altre assegurat de la pòlissa	Compte bancari: <input type="checkbox"/> Compte bancari indicat a la pòlissa <input type="checkbox"/> Un altre (indiqui'n el núm. i el nom del titular): _____
Nom	
Cognoms	
NIF	(Li recordem que el perceptor del pagament ha de ser titular del compte bancari.)

L'assegurat/El representant legal sotasignat declara que la informació consignada és completa i certa i autoritza els metges de FIATC Assegurances a sol·licitar la informació addicional que necessitin relativa a les dades descrites en aquest imprès.

Data i signatura de l'assegurat

Envii aquesta sol·licitud i les factures a:

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

Li preguem que no envii correus urgents ni certificats a aquesta adreça.

Com sol·licitar el reemborsament de despeses de salut?

Per poder obtenir el reemborsament de les despeses en què hagi incorregut fora del nostre quadre mèdic ens ha de trametre la informació següent:

1. **Una sol·licitud** de reemborsament **per assegurat** degudament emplenada.
2. Les **factures originals** de les despeses de l'assegurat. Segons el Reial Decret 1619/2012, de novembre de 2012, les factures han d'incloure imprescindiblement:
 - Número de factura.
 - Data d'expedició.
 - Data de la prestació mèdica.
 - Raó social, domicili, CIF o NIF 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 NIF del receptor de la factura.
 - Descripció de la prestació sanitària.
 - Especialitat.
 - Import detallat.
3. **Prescripció mèdica** en els casos d'utilització de mitjans de diagnòstic, proves terapèutiques, tractaments de rehabilitació, serveis domiciliaris d'infermeria o pròtesis internes que estiguin garantits.
4. **Tota la informació mèdica o clínica** que es consideri necessària per a la valoració i tramitació del reemborsament.

Com enviar-nos la sol·licitud?

Per facilitar-li la tramitació, ens pot enviar la sol·licitud de reemborsament juntament amb tota la documentació de despeses a l'adreça següent:

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

També pot fer el lliurament a qualsevol de les nostres oficines.

Com li reemborsarem les despeses?

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

IMPORTANT. Per evitar endarreriments 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 a la nostra web **www.fiatc.es**.
- A través de les nostres oficines.