

Página 1 de 4
2014-13

Complete íntegramente el recuadro siguiente con los detalles de cada factura / recibo asegurándose de incluir el importe cobrado.

Solicitud 1	Nombre del proveedor		
Fecha de la prestación del servicio	Importe cobrado	Moneda de la factura	¿Ha efectuado Ud. el pago de dicha factura?
MM/DD/AAAA			
Naturaleza/motivo del tratamiento		Descripción del gasto	
Si se trata de una enfermedad crónica, por favor conteste a las siguientes preguntas			
Fecha en que aparecieron los primeros síntomas :	MM/DD/AAAA	Fecha en la que acudió por primera vez a un profesional de la medicina o recibió tratamiento por primera vez con relación a dicha enfermedad/lesión:	MM/DD/AAAA
Detalle cualquier tratamiento anterior relacionado con esta enfermedad/ lesión:			

Solicitud 2	Nombre del proveedor		
Fecha de la prestación del servicio	Importe cobrado	Moneda de la factura	¿Ha efectuado Ud. el pago de dicha factura?
MM/DD/AAAA			
Naturaleza/motivo del tratamiento		Descripción del gasto	
Si se trata de una enfermedad crónica, por favor conteste a las siguientes preguntas			
Fecha en que aparecieron los primeros síntomas :	MM/DD/AAAA	Fecha en la que acudió por primera vez a un profesional de la medicina o recibió tratamiento por primera vez con relación a dicha enfermedad/lesión:	MM/DD/AAAA
Detalle cualquier tratamiento anterior relacionado con esta enfermedad/ lesión:			

Solicitud 3	Nombre del proveedor		
Fecha de la prestación del servicio	Importe cobrado	Moneda de la factura	¿Ha efectuado Ud. el pago de dicha factura?
MM/DD/AAAA			
Naturaleza/motivo del tratamiento		Descripción del gasto	
Si se trata de una enfermedad crónica, por favor conteste a las siguientes preguntas			
Fecha en que aparecieron los primeros síntomas:	MM/DD/AAAA	Fecha en la que acudió por primera vez a un profesional de la medicina o recibió tratamiento por primera vez con relación a dicha enfermedad/lesión:	MM/DD/AAAA
Detalle cualquier tratamiento anterior relacionado con esta enfermedad/ lesión:			

Solicitud 4	Nombre del proveedor		
Fecha de la prestación del servicio	Importe cobrado	Moneda de la factura	¿Ha efectuado Ud. el pago de dicha factura?
MM/DD/AAAA			
Naturaleza/motivo del tratamiento		Descripción del gasto	
Si se trata de una enfermedad crónica, por favor conteste a las siguientes preguntas			
Fecha en que aparecieron los primeros síntomas:	MM/DD/AAAA	Fecha en la que acudió por primera vez a un profesional de la medicina o recibió tratamiento por primera vez con relación a dicha enfermedad/lesión:	MM/DD/AAAA
Detalle cualquier tratamiento anterior relacionado con esta enfermedad/ lesión:			

4 Detalles de la solicitud de reembolso

S por favor, seleccione a quién debe de efectuarse el pago:

- ☐ Pago al proveedor de servicios médicos (por ejemplo, hospital, médico especialista)
- ☐ Pago al titular de la póliza

Moneda en la que ha de efectuarse el pago:

- ☐ Moneda de la solicitud ☐ Moneda de la póliza de seguro

☐ Otros | | | | | | | | | | | | | | | |

Método de pago que prefiere:

- ☐
- Cheque
- ☐
- Transferencia bancaria

AVISO: Debido a las posibles restricciones aplicables en el país en que se encuentre su banco, se le podrá solicitar información complementaria para facilitar el pago O es posible que el método de pago pueda no ser viable. Para ver la lista de países en las que aplican restricciones de pago, por favor, consulte la sección de recursos de la página web del Plan de Salud Móvil Generali. Se aconseja que verifique la información de su cuenta y confirme que la moneda seleccionada será aceptada por su banco antes de efectuar su solicitud.

Para las transferencias bancarias, complete los datos bancarios adjuntos y asegúrese de que su banco puede aceptar la moneda escogida.

Nombre del titular de la cuenta tal y como aparece en sus extractos bancarios (Juan Gómez, por ejemplo):

[illegible][illegible]

IBAN (donde resulte aplicable):

Dígito de control/Código de sucursal (donde resulte aplicable):

[illegible]

Dirección del banco:		Ciudad:	
----------------------	--	---------	--

Estado/provincia: País: Código postal:

Datos del banco intermediario (si aplica)

Nombre del banco intermediario: _____

[illegible]

Número de cuenta intermediaria:

Si tiene conocimiento de cualquier información adicional que resulte exigible para procesar las transacciones internacionales en su país (por ej. Código de la agencia, número de identificación fiscal), inclúvala a continuación:

5 UTILIZACIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Los datos personales que nos suministra tanto a nosotros como a cualquier tercero que actúe en nuestro nombre y representación podrán ser utilizados por múltiples razones. Por ejemplo: procesar administrativamente la solicitud y su póliza de seguro, la organización de tratamientos médicos; para el cálculo de las primas pagaderas por el titular de la póliza; para efectuar trámites administrativos como lo exigen los entes reguladores y/o para procesar cualquier reclamación. También se nos exige la revisión de la información que se encuentra en nuestro poder con fines relacionados con la prevención del crimen y el cumplimiento de sanciones internacionales. Es posible que compartamos información relacionada con Ud. con otras entidades relacionadas con la prestación de servicios con relación a su póliza de seguro. Por ejemplo, empresas de servicios de administración, reclamación o servicios médicos que actúen en nuestro nombre y representación o por nuestra cuenta. Es posible que transfiramos información entre países tanto en la propia Unión Europea como fuera de ella. En los casos en que transferimos información a países que tal vez no tengan el mismo nivel de protección de datos que la Unión Europea establecemos compromisos contractuales con el propósito de garantizar la protección de la información relacionada con Ud. Si necesita alguna información complementaria por, no dude en contactar con el responsable de protección de datos de Generali. Assicurazioni Generali S.p.A., 100, Leman Street, Londres E1 8AJ, Reino Unido.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL: Autorizo el procesamiento de mis datos personales por parte de Assicurazioni Generali S.p.A., y por cualquier otra entidad por mandato de la misma.

CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO PARA LA UTILIZACION DE INFORMACIÓN CON CARÁCTER MÉDICO: Autorizo por la presente a Assicurazioni Generali S.p.A., y a cualquier entidad relacionada con la póliza de seguros para que puedan recopilar cualquier información médica relacionada con mi persona o mis dependientes que resulte necesaria para la administración de la póliza de seguros. Autorizo igualmente a cualquier médico, dentista, hospital, laboratorio de análisis clínicos, y/o a cualquier otro proveedor de servicios odontológicos, sanitarios, o médicos para que suministren cualquier información relacionada con mi persona de acuerdo con las normas relacionadas con el acceso a mis informes médicos o cualquier otra legislación similar.

6 FIRMA DEL PACIENTE Y DIVULGACIÓN DEL CONTENIDO DE INFORMES MÉDICOS

Declaro por la presente que de acuerdo con la información de la que dispongo, la presente solicitud no contiene ninguna información falsa, confusa o capaz de inducir a error o incompleta. Comprendo que en el caso de que la presente reclamación tuviese, en todo o en parte, un carácter fraudulento, alguna exageración dolosa o si se hubiesen utilizado instrumentos o medios fraudulentos, tanto por mi parte como por la de mis dependientes o por cualquier mandatario que actuase en mi nombre o del suyo con el propósito de obtener algún beneficio derivado de mi póliza, Assicurazioni Generali S.p.A. no procederá al pago de ningún beneficio derivado de dicha solicitud. El importe de cualquier solicitud de liquidación que hubiese sido efectuado a su favor, con anterioridad al descubrimiento del acto o de la omisión fraudulenta, se considerará de inmediato como una deuda a nuestro favor, y cualquier pago pendiente será retenido. En el caso de solicitudes fraudulentas, el contrato queda rescindido a partir de la fecha del descubrimiento del suceso fraudulento y podrá ser denunciado ante las autoridades competentes.

Con relación a cualquier solicitud con carácter médico, autorizo por la presente a mi médico de familia, profesional de la salud, o a cualquier otro establecimiento sanitario a suministrar cualquier información relacionada con mi salud o informe médico que Assicurazioni Generali S.p.A., sus agentes o sus representantes pudieran solicitar.

En el caso de que un menor fuese objeto de los tratamientos administrados, uno de sus padres, o su tutor o curador deben firmar este apartado.

Firma del paciente (Padre/madre, tutor o curador si la solicitud está relacionada con un menor)

Fecha:

| M | M | D | D | A | A

Los apartados 7 y 8 han de ser cumplimentados por el médico responsable del tratamiento en LETRA MAYÚSCULA a menos que su(s) factura(s) contengan detalles sobre el diagnóstico así como sobre la naturaleza del tratamiento al que ha sido sometido.

7 DETALLES DEL PROVEEDOR DEL SERVICIOS MÉDICOS

Nombre del médico/especialista:																															
Cualificaciones/Credenciales:																															
Nombre del hospital/centro sanitario:																															
Dirección:																															
Número de teléfono:																Fax:															
Correo electrónico:																															

Aplicable únicamente en solicitudes relacionadas con fisioterapia/psicoterapia. Porte todos los detalles de referencia:

Nombre del médico responsable del tratamiento:																															
Número de teléfono:																Fecha de la derivación:	M M D D A A														

8 INFORMACIÓN MÉDICA

¡Señale el tipo de enfermedad: ☐ Grave ☐ Crónica ☐ Episodio grave de enfermedad crónica

Indique con todo detalle los síntomas/situación médica que exigieron tratamiento, incluido el código internacional de enfermedades ICD/códigos de diagnóstico DSM-IV:

¿En qué fecha tuvo conocimiento de los primeros síntomas del paciente?	M M D D A A																													
¿En qué fecha debiera el paciente haber constatado los primeros síntomas?	M M D D A A																													
¿Ha padecido el paciente esta enfermedad con anterioridad?	☐ Sí	☐ No	Si la respuesta es Sí, ¿Cuándo?	M M D D A A																										
¿Tiene Ud. conocimiento de algún tratamiento administrado para esta o cualquier enfermedad relacionada en el pasado?	☐ Sí	☐ No																												
Si la respuesta es Sí, aporte detalles:																														

¿Es susceptible de volver a suceder?	☐ Sí	☐ No																												
¿Es necesario llevar a cabo rehabilitación?	☐ Sí	☐ No	¿Tiene un carácter permanente?	☐ Sí	☐ No																									
¿Es necesario efectuar un seguimiento, revisiones, exámenes o pruebas?	☐ Sí	☐ No																												

A completar únicamente en casos de embarazo

Fecha prevista para el alumbramiento:	M M D D A A																													
¿Se espera el parto de un único niño/a?	☐ Sí	☐ No																												
Si la respuesta a la pregunta anterior ha sido No y se espera un parto de gemelos o un parto múltiple, ¿es el embarazo el resultado de prácticas de reproducción asistida distintas a la inseminación artificial?																														
☐ Sí ☐ No																														
Si la respuesta es Sí, aporte detalles :																														

Rellenar únicamente en el caso de solicitudes relacionadas con tratamientos dentales

¿Padecía el paciente dolor dental en el momento en que lo visitó para recibir tratamiento? ☐ Sí ☐ No

Firme y autentique con un sello oficial.

Firma del médico

Fecha: M M D D A A

Sello oficial del proveedor de servicios médicos