

## DATOS DE CLIENTE

Nombre y Apellidos del Titular de la Póliza		NIF
Nombre y Apellidos del Asistido		NIF
Domicilio		Población
Provincia	Teléfono	Número de Póliza

## SERVICIOS RECIBIDOS

Nº	NIF Facultativo / CIF Centro Asistencial	Número Factura	Fecha Factura	Concepto - Acto Asistencial	Importe - €	R
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

De esta cantidad se indemnizará al Cliente el importe correspondiente según las Condiciones de la Póliza ← **Total**

Recuerde:

- Adjunte siempre facturas o recibos originales detallados.
- En caso de Pruebas Complementarias es imprescindible adjuntar **Prescripción Médica**.
- En caso de Asistencia Hospitalaria, es imprescindible adjuntar **Informe Clínico de Alta**.

## OTROS DOCUMENTOS APORTADOS

## DATOS BANCARIOS PARA INGRESO DE REINTEGRO

Cuenta Prima  Otros

Swift-BIC Banco	Nº de cuenta IBAN
-----------------	-------------------

El abajo firmante declara que son ciertos todos los datos que figuran en el impreso y son auténticos los documentos aportados.

El Cliente o su Representante Legal (Fecha y Firma)

## DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA COMPAÑÍA

Empresa	Oficina	Empleado Fecha y Nombre

RESOLUCIÓN Fecha y Nombre	
Reembolso:	<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Denegado

Fecha:

Para facilitar la **tramitación de esta solicitud**, le recomendamos siga las instrucciones siguientes:

- Cada solicitud debe referirse al asegurado que recibe la asistencia sanitaria (paciente). No mezcle en una misma solicitud facturas de diferentes asegurados.
- Rellene la solicitud en mayúsculas. Los casilleros sombreados serán cumplimentados por el personal de la compañía

## DATOS DE CLIENTE

Es imprescindible cumplimentar todos los datos de este apartado: Nombre y apellidos del titular de la Póliza, NIF del titular, Nombre y Apellidos del Asistido, NIF del Asistido, domicilio, población, provincia, teléfono y número de póliza. El Número de identificación de la póliza de Asistencia Sanitaria a la que se refiere la solicitud lo obtendrá de su tarjeta de Asistencia Sanitaria.

**No olvide indicar sus teléfonos de contacto.**

## SERVICIOS RECIBIDOS

Los originales de las facturas de los gastos sanitarios que acreditan haber satisfecho su importe a los médicos, ATS, clínicas u hospitales tiene que incluir los siguientes datos:

- **Nombre y apellidos** o denominación social de la **persona física o jurídica** que las emita.
- **Domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad.**
- **NIF o CIF** del emisor de la factura.
- **Desglose** detallado de los diversos **Conceptos Asistenciales** incluidos en la factura: clase de acto médico y fecha de realización.
  - En caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios (ambulancias, oxigenoterapia), se debe adjuntar la **Prescripción Médica** original correspondiente.
  - En caso de hospitalización, se debe adjuntar **Informe Clínico de Alta** en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al asegurado.
- **Nombre y apellidos del asegurado** receptor de la asistencia (paciente al que afecta la solicitud de reembolso de gastos).

## OTROS DOCUMENTOS APORTADOS

Indique los **Informes Clínicos** que aporta junto con la solicitud de reembolso de gastos.

## DATOS BANCARIOS PARA INGRESO DE REINTEGRO

El abono de los gastos se realizará por **transferencia** a la cuenta bancaria donde estén domiciliados los recibos de primas de la póliza a la que pertenece el asegurado.

Si desea cambiar de cuenta es imprescindible que complete toda la información de este apartado.

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos personales, se le informa de lo siguiente (Información Básica sobre Protección de Datos):

Los datos incorporados al presente formulario son necesarios para la gestión del reembolso de gastos que está solicitando a que se refiere y en los términos que se indican, entendiéndose que quién suscribe el mismo dispone de los derechos necesarios de terceros para facilitar sus datos de carácter personal a los indicados efectos, cuando tal sea su procedencia.

**Responsable del tratamiento:** IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, con CIF nº A-95321386 ("IMQ"). Puede contactar con IMQ presencialmente o por correo en su domicilio de Bilbao (Bizkaia), c/ Máximo Aguirre 18 (bis), (CP 48011), o por email en [img@img.es](mailto:img@img.es). **Delegado de protección de datos ("DPD"):** Puede contactar con el DPD de IMQ por mail en [dpd@img.es](mailto:dpd@img.es). **Finalidades del tratamiento:** Cumplir con sus obligaciones legales, mantenerle informado sobre productos y servicios de seguros comercializados por IMQ y otras entidades del Grupo IMQ, y gestionar los productos y servicios solicitados o contratados. **Bases jurídicas del tratamiento:** El cumplimiento de obligaciones legales, la ejecución de la relación contractual, el interés legítimo y, cuando sea necesario, el consentimiento. **Destinatarios de sus datos:** Prestadores de servicios médicos, encargados del tratamiento, autoridades, bancos, entidades financieras, jueces o tribunales. **Acceso a datos de terceros:** En ocasiones es posible que IMQ necesite acceder a sus datos recabados por terceros, incluidos datos generados por la prestación de servicios sanitarios necesarios para la facturación de los servicios y la comprobación de la cobertura de la póliza. **Plazo de conservación de sus datos:** Durante la vigencia de la relación contractual y, una vez finalizada, durante los plazos de retención que imponga la ley o durante los cuales puedan derivarse responsabilidades para IMQ (en general, 10 años). **Derechos:** Puede ejercer sus derechos (a acceder, rectificar, suprimir, limitar, portar, oponerse, etc.), de manera gratuita: (a) presencialmente en cualquiera de las oficinas de IMQ; (b) por correo en Bilbao (Bizkaia), c/ Máximo Aguirre 18 (bis), (CP 48011) (a la atención del departamento de Atención al Cliente); o (c) por mail en [img@img.es](mailto:img@img.es) (adjuntando siempre copia legible de su DNI u otro documento que acredite oficialmente su identidad). Asimismo, puede contactar con el DPD o presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). Para más información, visite nuestra web: [https://www.img.es/sites/IMQCorporativo/default/es\\_ES/Protección-de-Datos](https://www.img.es/sites/IMQCorporativo/default/es_ES/Protección-de-Datos).