



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 todos los demás documentos a través del portal web My Globality o por correo electrónico o postal a nuestra dirección indicada más adelante.

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 omite, 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

Número de póliza	Nombre	Apellido(s)
Dirección postal	Edificio/Número	Calle
	Código postal/zip/área Y población/ciudad	País Y región
Datos de contacto	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 <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria	Moneda <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> Otra _____
Titular de la cuenta	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 seré 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
Datos de contacto	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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primera aparición de los síntomas (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	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) <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	
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