



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

1. Escriba con letra clara, con tinta negra y **LETRAS DE MOLDE**.
2. Este formulario de solicitud de reembolso contiene datos personales. No lo comparte con asegurados que no sean de su familia.
3. Rellene un formulario de solicitud de reembolso aparte para cada paciente y para cada divisa.
4. Remita este formulario con las facturas originales (sin grapar) a:
Cigna, P.O. Box 451989, Sunrise FL 33345, USA

Asegurado

N.º de referencia personal

Organización

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PACIENTE

Nombre

Fecha de nacimiento

Parentesco

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|------------------------------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | M | | | A | | | Sexo | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> F | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> Asegurado | | | <input type="radio"/> Cónyuge o pareja | | | <input type="radio"/> Hijo/a | | | <input type="radio"/> Otro, por favor especifique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

INFORMACIÓN SOBRE SU SOLICITUD DE REEMBOLSO

¿La solicitud de reembolso está relacionada (parcialmente) con un accidente? No Sí Sí, accidente laboral

↪ Si la respuesta es sí, rellene también el **formulario de declaración de accidente**.

¿La solicitud de reembolso está cubierta por otro seguro? No Sí

↪ En ese caso, especifique el importe y la compañía aseguradora, e incluya los estados de cuentas de la aseguradora (detalles de reembolso, facturas, etc.)

Importe y divisa

Compañía de seguros

Moneda

Importe

Fecha de la factura

Naturaleza de los gastos

Información adicional (por ejemplo el diagnóstico)

| Moneda | Importe | Fecha de la factura | Naturaleza de los gastos | Información adicional (por ejemplo el diagnóstico) |
|--------|---------|---|--------------------------|--|
| | | D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | | D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | | D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | | D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | | D <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> <input type="text"/> A <input type="text"/> <input type="text"/> | | |

Total

País principal del tratamiento

DATOS DE PAGO: CUMPLIMENTAR SOLAMENTE EN CASO DE CAMBIO

Transferencia bancaria Cheque Moneda preferida para el reembolso

Las monedas están limitadas por el contrato. Si la cuenta bancaria está denominada en una moneda diferente de ésta, usted deberá correr con los gastos de las comisiones que pueda cobrarle el banco.

Nombre del titular de la cuenta

N.º de cuenta o IBAN

Código BIC/Swift

ID del banco

Nombre y dirección completos del banco

Consulte los Términos y condiciones. Declaro que la información anterior es a mi leal saber y entender correcta y verdadera. La presentación de solicitudes de reembolso falsas o de información engañosa o la ocultación de información relacionada con ellas es un delito punible por la ley. Por la presente confirmo que he leído y entiendo plenamente el Aviso de protección de datos personales de Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/es/privacy>). Si facilito a Cigna datos personales de otras personas, pondré en su conocimiento el Aviso de protección de datos personales de Cigna.

Fecha

D M A

Firma del asegurado