CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. –CASER–
Avda. de Burgos, 109 – 28050 Madrid caser.es

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS

Asegurado que recibe la asistencia
Nombre y apellidos: **N.I.F.:**
Póliza/nº tarjeta: **Teléfono:** **email:**

Datos bancarios IBAN Código Entidad Oficina DC Cuenta

Factura Nº	NIF Proveedor	Profesional/Centro	Descripción del acto/servicio	Importe

INDICACIONES SOLICITUD POR VÍA POSTAL

Se cumplimentará una solicitud de reembolso por cada Asegurado. Se aportarán, obligatoriamente, facturas y prescripciones médicas originales y justificante, también original, del pago. Las facturas incluirán nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono y N.I.F., y en su caso, número de colegiado, así como desglose de los diversos conceptos con importe individualizado, fecha de realización y el nombre y apellidos del paciente receptor de la asistencia. Caser realizará siempre los pagos a favor del asegurado de la póliza.

Rogamos envíen las facturas a Caser – Dpto. de Reembolsos de Salud - Avda. Burgos, 109 – 28050 Madrid.

Si usted desea realizar la solicitud de reembolso por vía online, desde su área privada de cliente, no necesitará cumplimentar este documento. Para cualquier aclaración o consulta, no dude en ponerse en contacto con nosotros, llamando al teléfono 91 055 16 61

De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, le informamos que los datos que Vd. nos proporciona, incluidos los de salud, serán tratados en un fichero por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. –CASER–, al ser preceptivo su tratamiento con el fin de gestionar la presente solicitud de reembolso. Los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición se harán efectivos mediante carta dirigida al domicilio social de la compañía, Avda. de Burgos, 109 – 28050 - MADRID (Indicar Asesoría Jurídica – Protección de Datos) o mediante correo electrónico dirigido a: derechosrgpdgrupocaser@caser.es, a los que se acompañará copia del D.N.I. o Pasaporte. Asimismo, le comunicamos que sus datos personales podrán ser comunicados entre la Compañía y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras personas físicas o jurídicas, necesarios para poder tramitar el reembolso que solicita. Los datos tratados serán adecuados, pertinentes y no excesivos, para la finalidad expresada, pudiendo la Aseguradora solicitar de los prestadores de servicios sanitarios la información relativa a su salud y al tratamiento sanitario que esté recibiendo.

En _____, a_____ de _____ de _____

(Firma del asegurado que recibe la asistencia)

#PresumeDeSalud

CON CASER