



SANITAS S.A. DE SEGUROS
 CIF: A28037042
 Ribera del Loira, 52
 28042 Madrid

IMPORTANTE

Cumplimente este impreso de acuerdo a las normas abajo indicadas y envíelo por correo a:
Sanitas, S.A. de Seguros
 Ribera del Loira, 52
 28042 Madrid

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS EN MEDICAMENTOS

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y nombre del paciente: _____
 Domicilio: _____
 Municipio: _____ Provincia: _____
 C.P.: _____ Tfno.: _____ Nº de tarjeta: _____

DATOS DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ C.I.F./N.I.F.: _____ Fecha de compra del/los medicamentos: / /

DATOS DE LOS MEDICAMENTOS

Adjuntar una solicitud por cada asegurado acompañada de las facturas originales desglosadas por fechas/importes/conceptos y la prescripción médica.

Nombre del medicamento	Código Nacional (C.N.) <small>Ver figura</small>	Nº de envases	Importe:
_____	C.N. [] [] [] [] [] [] . []	_____	_____
_____	C.N. [] [] [] [] [] [] . []	_____	_____
_____	C.N. [] [] [] [] [] [] . []	_____	_____
_____	C.N. [] [] [] [] [] [] . []	_____	_____
_____	C.N. [] [] [] [] [] [] . []	_____	_____
_____	C.N. [] [] [] [] [] [] . []	_____	_____
_____	C.N. [] [] [] [] [] [] . []	_____	_____
_____	C.N. [] [] [] [] [] [] . []	_____	_____
_____	C.N. [] [] [] [] [] [] . []	_____	_____
_____	C.N. [] [] [] [] [] [] . []	_____	_____

Total: _____
 % reembolso: _____
 Importe a reembolsar: _____

CÓDIGO NACIONAL (C.N.)
 El Código Nacional (C.N.) es un número de seis dígitos más un séptimo separado por un punto que identifica perfectamente al medicamento.
 Puede encontrarlo impreso en el envase del medicamento, en la parte superior derecha de la parte frontal y en la parte trasera del envase, encima del código de barras. (cupón precinto)

FRONTAL ENVASE



TRASERA ENVASE



DATOS BANCARIOS PARA INGRESO DEL REEMBOLSO (cuenta corriente titularidad del tomador/asegurado)

Nombre y apellidos del titular: _____
 Cod. bancario: [] [] [] [] [] [] Nº sucursal: [] [] [] [] [] [] D.C.: [] [] Nº de cuenta [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Firma del asegurado o representante legal

El reembolso se efectuará en un porcentaje determinado y hasta el límite de capital asegurado establecido por asegurado y anualidad en las condiciones particulares de su póliza. Asimismo, le recordamos que sus datos serán tratados de forma confidencial por SANITAS e incluidos en sus ficheros para servir a las actividades propias de esta compañía, la efectividad de las relaciones contractuales, el ofrecimiento de programas asistenciales integrales que les permitan mejorar su salud, el conocimiento de los motivos de baja de la póliza, la prevención del fraude y el envío, por cualquier medio, de publicidad u otras ofertas que pudieran resultar de su interés de la entidad y terceros con los que establezca vínculos de colaboración, autorizándonos a tratar sus datos para enviarle la información que más se adapte a sus necesidades específicas.
 Puede ejercitar sus derechos en la sede de nuestra entidad conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos.

Ejemplar para la Compañía

Mod. 90/11-12

Porque pensamos en tus necesidades, por muy poco más al mes, este complemento **te ayudará con los gastos de tus medicamentos.**

- Podrás beneficiarte del **reembolso del 50%** de los gastos farmacéuticos.
- **Ahorrarás hasta 200 € al año** por cada uno de los asegurados.
- **Desde el primer día** y con las máximas facilidades de contratación disfrutarás de tu nuevo complemento, **ya que no cuenta con periodos de carencia.**