

ENFERMEDAD / ACCIDENTE FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO

(POR FAVOR DE USAR LETRAS MAYÚSCULAS)

Número de póliza

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO (1 hoja de reclamación por asegurado)

Nombre Apellido

Dirección

Código Postal Ciudad País

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Sexo M F

Celular* Correo electrónico

**por favor de incluir el código del país*

EN CASO DE ENFERMEDAD / UNA LESIÓN

Describe el curso de la enfermedad / la lesión (la fecha, la hora, el lugar, la causa)

.....
.....
.....

Primeros síntomas

¿Ha sufrido en el pasado las mismas molestias? No Sí, cuando?

.....
.....

¿Cuándo/dónde buscó ayuda médica por primera vez? (Incluya un informe médico que indique el diagnóstico)

.....

| Fecha de tratamiento (en orden cronológico) (dd/mm/aaaa) | Nombre del doctor, del hospital, de la farmacia, | Diagnóstico | Moneda de pago | Honorario | ¿Ya ha pagado? |
|--|---|-------------|-------------------|-----------|-------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

*Por favor de incluir toda la información del doctor, junto con los recibos y las facturas originales.
Las facturas y los recibos deben indicar las fechas de tratamiento y especificar cada monto individual.*

Smart coverage for global citizens.

INFORMACIÓN SOBRE UN OTRO SEGURO O UNA SEGURIDAD SOCIAL

¿Tienes una cobertura similar con otra compañía de seguros, o una institución de seguridad social (fondo de salud, mutuelle, krankenkasse)? No

Sí, nombre de la empresa o institución Póliza o N° Soc Sec

Dirección

Código Postal Ciudad País

Teléfono* Celular* Correo electrónico

**por favor de incluir el código del país*

¿Se ha comunicado el siniestro a la otra empresa/institución?

No, porque

Sí, envíenos el justificante de reembolso de la empresa o institución.

MÉTODO DE REEMBOLSO

El monto puede ser reembolsado a el titular de la póliza el asegurado / la asegurada Otra

Por favor de transferar el reembolso a mi cuenta bancaria en (país)

Nombre del banco

IBAN Código BIC/SWIFT

Número de cuenta bancaria Nombre del titular de la cuenta bancaria

COMENTARIOS

.....
.....

DEBE SER FIRMADO POR EL ASEGURADO / LA ASEGURADA

Yo, el abajo firmante, declaro que toda la información dada en este formulario de reclamo está de acuerdo con la verdad y de que nada está oculta. Yo autorizo a Expat & Co y la compañía de seguros de obtener información de cualquier médico, hospital o compañía de seguros concernando mí mismo o cualquier persona co-asegurada para procesar el reclamo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.

Por este escrito, doy la autoridad a Expat & Co para recuperar cualquier reembolso, adelantados por ellos, de cualquier otra compañía de seguros o cualquier institución de seguridad social que pueda dar derecho a un reembolso, como consecuencia de esta enfermedad, lesión o accidente reclamado / reclamada.

Por este escrito, acepto que Expat & Co y la compañía de seguros registrarán la información dada con el propósito de procesar datos en relación con, por ejemplo, la colección de un premio de seguro, el procesamiento de reclamos, los reembolsos etcétera. En caso de no aceptación de la solicitud de reembolso, la información proporcionado puede ser guardado. Además, yo acepto que la correspondencia del seguro que no contiene información de salud e otra información sensible se envía a la persona o empresa registrada como el titular de la póliza. Expat & Co o la compañía de seguros puede elegir para procesar los datos dentro o fuera da la Unión Europea.

Fecha Firma

Smart coverage for global citizens.