

Por favor, recorta su tarjeta de seguro y manténgala consigo en todo momento



RECLAMACION DE DAÑOS
MÉDICO / DENTAL
PROPIEDAD DAÑADA / ROBADA (Al dorso)

SECCIÓN 1. POR FAVOR IMPRIMIR O ESCRIBIR DE MANERA CLARA. Esta sección debe ser rellenada para cada tipo de reclamación.

Nombre y Apellidos del asegurado (indicar todos los apellidos)		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento
Dirección en el País de Origen		N° de teléfono	
Familia anfitriona y dirección en el extranjero		N° de teléfono	
Dirección e-mail			
Fecha de Salida del País de Origen	Fecha de Regreso en el País de Origen	¿Ya fue enviado un expediente para esta reclamación? <input type="checkbox"/> Si - Fecha <input type="checkbox"/> No	
Fecha de la enfermedad/del accidente	¿Está usted implicado en un accidente de coche? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Apellidos y dirección del conductor	¿Ha recibido usted algún tratamiento para esta enfermedad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, en este caso, cuándo?	mes año
Fecha de la primera visita al médico	¿Hay alguna factura pendiente que tendremos que recibir? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El reembolso debe ser enviado a : <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Organizador <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Familia anfitriona <input type="checkbox"/> Otro (especificar)	
¿Está usted curado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Beneficia usted de la Seguridad Social en su país de origen? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si usted desea un reembolso por transferencia, por favor indicanos sus referencias bancarias completas (nombre y dirección de la banca, n° de cuenta, n° IBAN y SWIFT)	
¿Hay otra Compañía de Seguros que cubra esta enfermedad o herida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Nombre, dirección de esta Compañía, y n° de póliza			
Describa su enfermedad o herida. ¿Si se trata de una herida, cómo ocurrió?			
.....			
.....			

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACION MÉDICA

SECCIÓN 2 : DEBE SER RELLENADO POR EL PARTICIPANTE. LA RECLAMACION NO PODRÁ SER ATENDIDA SIN LA FIRMA DEL ASEGURADO

CERTIFICO que los datos arriba mencionados son correctos y AUTORIZO LA COMPAÑÍA DE SEGUROS o toda otra parte asignada por la Compañía para obtener o difundir cualquier información adquirida durante mi examinación o tratamiento.
 CERTIFICO que no someteré ninguna reclamación referente a propiedad pérdida o dañada después de haber sido reembolsado, en el caso de que la propiedad sea encontrada, y que informaré la Compañía de inmediato si encuentro dicha propiedad.

Firmar aquí

Participante

Fecha y Lugar

SECCIÓN 3 : A RELLENAR POR EL MÉDICO

Diagnóstico :
¿El paciente ya tuvo síntomas iguales o similares? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, en este caso precisar cuándo y dónde
¿Se trata de una enfermedad congénita ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si.....
<i>Firma del médico</i>

SECCIÓN 4 : A RELLENAR POR EL PARTICIPANTE. Por favor, detalle todos los gastos médicos.

Adjuntar todas las facturas originales (no copias) y recibos

FECHA DE LOS CUIDADOS	NOMBRE DEL MEDICO/FARMACIA/ MEDICINAS	GASTOS
.....
.....
.....
TOTAL DE LAS FACTURAS RECLAMADAS

SOLO PARA RECLAMACIONES RELATIVAS A DAÑOS MATERIALES
 POR FAVOR RELLENA LA SECCION N° 1, 2, 5, & 6

SECCIÓN 5 : A RELLENAR PARA BIENES PERSONALES (ARTICULOS DAÑADOS/ROBADOS)

¿Que tipo de daños/pérdida?	¿Cuándo y dónde ocurrió el daño o la pérdida? (año/mes/día) Fue observado(año/mes/día)
¿Dónde estaba usted cuando el daño/la pérdida fue observada?	Ha sido notificado el daño/la pérdida (adjuntar el informe) <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Compañía de Transporte <input type="checkbox"/> Monitor <input type="checkbox"/> Escuela/Hotel
¿Dónde estaban conservados los artículos cuando el daño/la pérdida ocurrió?	¿Estaba cerrada la habitación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si; Dónde estaba la llave
¿Estaba el lugar de almacenamiento cerrado ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si; donde estaba la llave	¿Cuál fue la otra medida tomada para proteger los artículos?
Describa en detalle las circunstancias del daño/la pérdida (listar abajo, en la sección 6, los artículos dañados/perdidos):	
(Adjuntar una hoja adicional si necesario)	
Hay otra compañía de seguros que cubra este daño/pérdida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si; Nombre y dirección de la Compañía y n° de póliza	

SECCIÓN 6 : A RELLENAR PARA TODAS LAS RECLAMACIONES

☞ Daño/pérdida material : Menciona abajo todos los efectos robados/dañados. Indica los precios de compra originales o los gastos de reparación. Adjunta las facturas y los recibos originales.

Las facturas de sustitución no serán consideradas como prueba.

Describe en detalle los objetos dañados/robados	Se debe reembolsar a (adjuntar una lista si necesario)	Sólo para daños materiales		Importe de la reclamación
		Precio de compra o Cargos de Reparación	Fecha de compra	
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Adjuntar una hoja adicional si necesario)

Se debe pagar la compensación a <input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Familia Anfitriona
<input type="checkbox"/> Una Tercera Persona (Nombre, Apellidos, dirección)	<input type="checkbox"/> Organización (Nombre y dirección)