



## Formulario de solicitud de reembolso de gastos médicos

¡En caso de una reclamación, lea cuidadosamente las instrucciones! Los datos que se piden a continuación deben ser rellenos por el asegurado.

### CONTACTO

Apellido(s) y nombre(s) \_\_\_\_\_

Número del documento de identidad \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección en el país de origen \_\_\_\_\_

Dirección postal temporal en el extranjero \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

### Detalles del incidente

Fecha en la que empezó la enfermedad o sufrió el accidente (DD-MM-AAAA) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tipo de enfermedad y/o accidente \_\_\_\_\_

### DETALLES DEL SEGURO MÉDICO

¿Tiene otro seguro de asistencia sanitaria (Seguridad Social/seguro privado)?  Sí  No

Nombre de la aseguradora/Seguridad Social \_\_\_\_\_

Número de la póliza \_\_\_\_\_

¿Recibirá algún reembolso de la aseguradora arriba mencionada?  Sí  No

Si la respuesta es negativa, ¿por qué no? (adjunte la negación por escrito) \_\_\_\_\_

### DETALLES DEL PAGO

Autorizo el pago de los beneficios médicos de la siguiente manera (especificar moneda).

Asegurado \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Farmacéutico \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### DETALLES DEL BANCO

Monto total de la reclamación (especificar moneda) \_\_\_\_\_

Para depósito directo, indique su número de cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Indique también la dirección Swift y el número de IBAN del banco si los conoce \_\_\_\_\_

### ANEXOS

Adjunte las declaraciones de los médicos/especialistas explicando el motivo que originó la visita del médico o la visita al hospital.

