

CLAIM FORM / FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO



This Claim Form should be sent together with the original, receipted bills indicating dates of treatment with itemised pricing / Este Formulario de Solicitud de Reembolso deberá ser enviado junto con los recibos de pago y las facturas originales indicando fecha del tratamiento, concepto y precio.

PERSONAL DATA / DATOS PERSONALES

Full name / Nombre y apellidos _____	Date of birth / Fecha de nacimiento _____	Policy number / Número de póliza _____
--------------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------------------

OTHER HEALTH INSURANCE / OTRO SEGURO MÉDICO

Have you made a claim or are you making a claim against any other insurance company or benefit plan? / ¿Ha hecho Ud. o está haciendo alguna solicitud de reembolso a otra compañía de seguros o plan médico? YES / SÍ NO / NO

If yes, please complete the following / En caso afirmativo, por favor rellenar lo siguiente _____

Name of company / Nombre de la compañía _____

Policy number / Número de póliza _____

PLEASE TRANSFER REIMBURSEMENT TO MY ACCOUNT / POR FAVOR TRANSFERIR EL REEMBOLSO A LA SIGUIENTE CUENTA

Name of Bank / Nombre del banco _____

Address / Dirección _____

ABA (if any) / ABA (si hay) _____

Account number / Número de la cuenta _____

Account holder / Titular de la cuenta _____

Expiry date (only credit card) / Fecha de expiración (sólo para tarjetas de crédito) _____

USE THE REIMBURSEMENT TO PARTIALLY PAY MY PREMIUM / UTILIZAR EL REEMBOLSO COMO PAGO PARCIAL DE MI PRIMA

I wish to have the reimbursement registered as partial premium payment / Deseo que el reembolso sea registrado como pago parcial de mi prima YES / SÍ NO / NO

SEND THE REIMBURSEMENT STATEMENT BY E-MAIL / ENVIAR LA LIQUIDACIÓN DE REEMBOLSO POR CORREO ELECTRÓNICO

If you have chosen a transfer or asked for the reimbursement to be registered as partial premium payment, you can choose to have the Reimbursement Statement sent to you by e-mail / Si Ud. ha elegido una transferencia bancaria o ha solicitado que el importe del reembolso sea registrado como pago parcial de su prima, Ud. podrá recibir entonces la Liquidación de Reembolso por correo electrónico.

Please send Reimbursement Statement by e-mail / Por favor enviar la Liquidación de Reembolso por correo electrónico:

Please write your e-mail address / Por favor escribir su dirección electrónica _____

MUST BE SIGNED BY THE INSURED / A FIRMAR POR EL ASEGURADO

I, the undersigned, declare that all the information given in this Claim Form is in accordance with the truth and I authorise International Health Insurance danmark a/s to obtain information from any doctor, hospital or insurance company concerning myself or the persons insured under this policy in order to process the claim in accordance with the Policy Conditions.

Yo, el abajo firmante, confirmo la veracidad de todos los datos facilitados en la presente solicitud y autorizo a International Health Insurance danmark a/s a obtener información de cualquier médico, hospital o compañía de seguros en lo que a mí o a las personas aseguradas bajo esta póliza respecta y con el fin de tramitar la solicitud de reembolso, de acuerdo con las Condiciones de la Póliza.

Full name in capital letters / Nombre completo en letras mayúsculas _____

Date / Fecha _____ Signature / Firma _____

**DETAILS OF THE DIAGNOSIS OR TYPE OF ACCIDENT /
DATOS SOBRE EL DIAGNÓSTICO O TIPO DE ACCIDENTE**

Diagnosis or type of accident / <i>Diagnóstico o tipo de accidente</i>	Date of first symptom <input type="radio"/> <i>Fecha del primer síntoma</i> <input type="radio"/>	Date of accident <input type="radio"/> <i>Fecha del accidente</i> <input type="radio"/>
	Date of first consultation for this diagnosis or accident / <i>Fecha de la primera consulta por este diagnóstico o accidente</i>	
	Have similar symptoms occurred previously / <i>¿Ha tenido síntomas similares con anterioridad?</i> YES / SÍ <input type="radio"/> NO / NO <input type="radio"/> Date / Fecha	
Please include complete medical information / <i>Favor de incluir información médica completa</i>		

IN CASE OF HOSPITALISATION / EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Name of hospital / <i>Nombre del hospital</i>	Period of hospitalisation / <i>Período de la hospitalización</i>
-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

DETAILS OF THE SERVICE PROVIDED / DATOS SOBRE EL SERVICIO PRESTADO

Dates of services / <i>Fecha de los servicios</i>	Diagnosis / <i>Diagnóstico</i>	Description of: Procedures, medical services and supplies furnished/ <i>Detalles sobre: Tratamientos y asistencia prestada</i>	Currency / <i>Moneda</i>	Charges / <i>Importe</i>
Total Charges / <i>Importe total</i>				
Amount paid by the insured / <i>Importe pagado por el asegurado</i>				
Amount paid by other insurance / <i>Importe pagado por otro seguro</i>				
Balance due to hospital/clinic/doctors, etc. / <i>Saldo pendiente a hospital/clínica/médicos, etc.</i>				

TO BE COMPLETED BY TREATING PHYSICIAN / A RELLENAR POR EL MÉDICO TRATANTE

Treating physician's signature and/or stamp / <i>Firma del médico tratante y/o sello</i>	Name and address of hospital/clinic/doctor's consultation, etc. / <i>Nombre y dirección del hospital/clínica/consultorio del médico, etc.</i>
Date / <i>Fecha</i>	Registration or licence number / <i>Número de colegiado médico o licencia</i>

24-HOUR EMERGENCY SERVICE: / EMERGENCIA DE 24 HORAS

TEL.: +45 33 15 33 00 ■ E-MAIL: EMERGENCY@IHI.COM