

# 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

(PLEASE USE BLOCK LETTERS / LETRA DE IMPRENTA)

Full name / <i>Nombre y apellidos:</i>	Date of birth / <i>Fecha de nacimiento:</i>	Policy no. / <i>Número de póliza:</i>
--	---	---------------------------------------

## 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 / *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 authorize 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 SERVICE PROVIDED / DATOS SOBRE EL SERVICIO PRESTADO:

Diagnosis or type of accident / <i>Diagnóstico o tipo de accidente:</i>	Date of first symptom <input type="checkbox"/> Date of accident <input type="checkbox"/> <i>Fecha del primer síntoma <input type="checkbox"/> Fecha del accidente <input type="checkbox"/></i> :
	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="checkbox"/> NO / NO <input type="checkbox"/> 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 hospitalization / <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>

EMERGENCIA DE 24 HORAS: / EMERGÊNCIA 24 HORAS:  
 TEL.: +45 33 15 33 00 ♦ E-MAIL: EMERGENCY@IHI.COM

International Health Insurance danmark a/s ♦ Palaegade 8 ♦ DK-1261 Copenhagen K ♦ Dinamarca  
 Tel.: +45 33 15 30 99 ♦ Fax: +45 33 32 25 60 ♦ e-mail: ihi@ihi.com ♦ www.ihl.com ♦ Núm. Reg. CVR 88076516