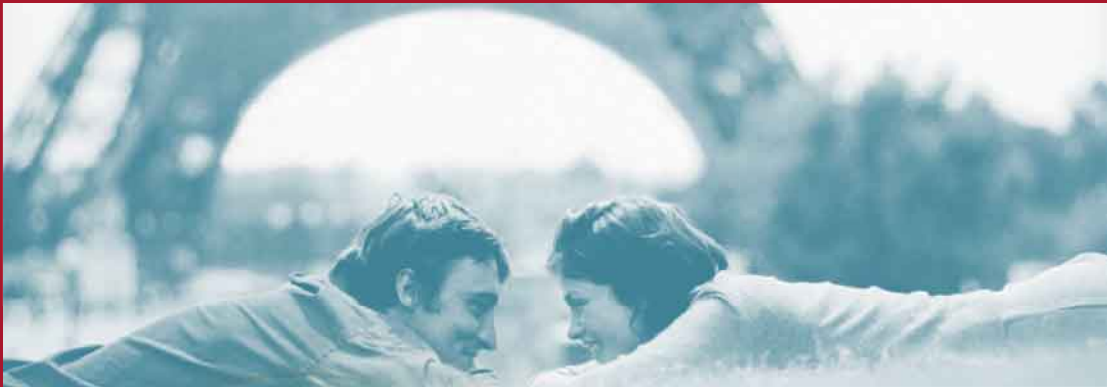


IHI VIAJE



2004 | USD/EUR/CHF

**COBERTURA Y BENEFICIOS &
CONDICIONES DE LA PÓLIZA**

SU SALUD POR ENCIMA DE TODO



International
Health
Insurance
danmark a/s

COBERTURA Y BENEFICIOS & CONDICIONES DE LA PÓLIZA

De conformidad con la Ley danesa sobre contratos de seguro

INDICE

COBERTURA Y BENEFICIOS

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

- Art. 1 Aceptación del seguro
- Art. 2 Fecha de inicio y extensiones
- Art. 3 ¿Quién está cubierto por el seguro?
- Art. 4 ¿Donde es efectiva la cobertura?
- Art. 5 ¿Que cubre el seguro?
- Art. 6 Cobertura de gastos médicos
- Art. 7 Cobertura de Evacuación Médica
- Art. 8 Viaje de Regreso
- Art. 9 Cobertura de Repatriación
Compasiva de Emergencia
- Art. 10 Cobertura de Acompañamiento por
Parientes y de Expatriación Compasiva
de Emergencia
- Art. 11 Excepciones a la compensación
- Art. 12 ¿Como presentar una reclamación?
- Art. 13 Cobertura por terceras partes
- Art. 14 Pago de la prima
- Art. 15 Información necesaria para la Compañía
- Art. 16 Cesión, cancelación y cese
- Art. 17 Litigios, fuero, etc.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

COBERTURA Y BENEFICIOS

VÁLIDOS A PARTIR DE 01.01.2004

La lista de cobertura y beneficios forma parte de las Condiciones de la Póliza.

Todos los beneficios mencionados son por persona por año.

	USD	EUR	CHF
Suma asegurada por persona y por viaje	300.000	250.000	400.000
Hospitalización	100%	100%	100%
Servicios fuera de hospital: médico o especialista	100%	100%	100%
Medicamentos prescritos	100%	100%	100%
Tratamiento fisioterapéutico o quiropráctico prescrito por un médico	2.500	2.000	3.400
Atención dental analgésica provisional	200	165	270
Transporte en ambulancia	100%	100%	100%
Evacuación médica	100%	100%	100%
Viaje de Regreso	100%	100%	100%
Repatriación compasiva de emergencia	100%	100%	100%
Acompañamiento de parientes cercanos	100%	100%	100%
Expatriación compasiva de emergencia	100%	100%	100%
Alojamiento, pensión y transporte local para los parientes trasladados o que acompañen al asegurado, por día por persona	300	250	400
Diligencias legales, en caso de fallecimiento	100%	100%	100%
Repatriación del fallecido	100%	100%	100%

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

VÁLIDAS A PARTIR DE 01.01.2004

ART. 1 ACEPTACIÓN DEL SEGURO

- 1.1 International Health Insurance danmark a/s, de aquí en adelante denominada la Compañía, decidirá si el seguro puede aceptarse. Para que el seguro se acepte y la responsabilidad de la Compañía sea efectiva, la solicitud de admisión debe ser aprobada por la Compañía.
- 1.2 Para que el seguro sea aceptado por la Compañía, el seguro deberá entrar en vigor antes de que el asegurado cumpla los 80 años.
- 1.3 Si el plan IHI Viaje Anual ha sido elegido, la cobertura del seguro cesará cuando el asegurado cumpla los 80 años.

ART. 2 FECHA DE INICIO Y EXTENSIONES

- 2.1 El seguro estará vigente siempre que la prima haya sido abonada antes de la fecha de inicio del seguro. El seguro será efectivo durante el período estipulado en la póliza o en la tarjeta de seguro.
- 2.2 El derecho de compensación entrará en vigor cuando el asegurado salga de su país de residencia, y cesará al momento de su regreso al país de residencia.
- 2.3 Si se ha elegido el plan IHI Viaje Anual, la cobertura será vigente por un período de hasta un mes por viaje, como máximo. Un mes se define como un período, como por ejemplo: el cinco de un mes hasta e incluido el cuatro del próximo mes. El seguro podrá ser extendido previo acuerdo con la Compañía al añadir un período que corresponde a los días adicionales que exceden un mes.
- 2.4 Si se ha elegido el plan IHI Viaje Simple, el seguro solamente podrá ser suscrito por un período de 12 meses, como máximo.
- 2.5 El período del seguro de IHI Viaje Simple podrá extenderse previo acuerdo con la Compañía. Sin embargo, durante el(los) período(s) extendido(s) del seguro no serán cubiertos los gastos de ninguna enfermedad o lesión que haya ocurrido, o mostrado síntomas, o que haya sido diagnosticado antes de la apertura de la extensión del seguro.

- 2.6 El período del seguro de IHI Viaje Anual podrá ser extendido con días de viaje adicionales previo acuerdo con la Compañía. Si los días de viaje adicionales han sido adquiridos antes de que el asegurado salga de su país de residencia, la cobertura continuará siendo vigente, sin interrupciones, durante el período de extensión.

ART. 3 ¿QUIEN ESTÁ CUBIERTO POR EL SEGURO?

- 3.1 El seguro cubrirá a cada asegurado nombrado en la póliza o en la tarjeta de seguro.
- 3.2 La cobertura gratuita para los niños menores de dos (2) años estará sujeta a que el niño esté registrado en la Compañía; a que uno de los asegurados o el asegurado goce de la patria potestad del niño; y a que el niño esté registrado en el mismo domicilio que el asegurado que ostenta la patria potestad del niño.

ART. 4 ¿DONDE ES EFECTIVA LA COBERTURA?

- 4.1 El seguro ofrecerá cobertura en todo el mundo.
- 4.2 El seguro no ofrece cobertura en el país donde el asegurado tiene su domicilio permanente.

ART. 5 ¿QUE CUBRE EL SEGURO?

- 5.1 El seguro cubrirá los gastos médicos incurridos por el asegurado durante el período del seguro de acuerdo con la lista de cobertura y beneficios en la página 3. La cobertura del seguro no excederá a la suma asegurada de USD 300.000, EUR 250.000 ó CHF 400.000 por viaje.
- 5.2 Los niños acompañantes menores de dieciocho años de edad, que estén cubiertos por el seguro, tendrán derecho a compensación de los gastos de viaje razonables, si los padres o todos los compañeros de viaje reciben evacuación médica, repatriación o están acompañando a otro asegurado en conexión con un transporte cubierto por el seguro.

ART. 6 COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

- 6.1 El seguro cubrirá los gastos médicos incurridos por el asegurado en caso de enfermedad o lesión aguda.

- 6.2 Tratamiento por médicos y especialistas autorizados, hospitalización prescrita, medicamentos prescritos y transporte local hasta y desde el lugar de tratamiento estarán cubiertos al 100%.
- 6.3 Tratamiento por fisioterapeutas y quiroprácticos, prescrito por un médico autorizado, estará cubierto al 100%; no obstante, sin exceder USD 2.500, EUR 2.000 ó CHF 3.400 por asegurado.
- 6.4 Tratamiento provisional dental analgésico por dentistas autorizados estará cubierto hasta un máximo de USD 200, EUR 165 ó CHF 270 por asegurado.
- 6.5 El seguro no cubrirá los gastos médicos por el tratamiento de una enfermedad preexistente, crónica o recurrente, en el caso de que el asegurado:
- a) haya sido hospitalizado durante el período de los 6 meses antes del inicio del período del seguro o, si se ha elegido el plan IHI Viaje Anual, antes de cada salida del país de residencia;
 - b) haya recibido tratamiento por un médico (exceptuando los chequeos de rutina), durante el período de los 6 meses antes del inicio del período del seguro o, si se ha elegido el plan IHI Viaje Anual, antes de cada salida del país de residencia;
 - c) haya cambiado su medicación durante el período de los 6 meses antes del inicio del período de seguro o, si se ha elegido el plan IHI Viaje Anual, antes de cada salida del país de residencia;
 - d) no haya recibido tratamiento médico, haya negado o dejado de recibir tratamiento, aún sabiendo el asegurado que había que tratar la enfermedad, o si ésta había empeorado;
 - e) haya sido desahuciado o negado el tratamiento;
 - f) esté esperando a recibir tratamiento, o haya sido destinado a otro lugar de tratamiento;
 - g) no se haya sometido a los controles preacordados.

El seguro no cubrirá los gastos por control, tratamiento y medicina en relación con la estabilización o regulación de una enfermedad preexistente,

crónica o recurrente. El seguro no cubrirá la necesidad de un tratamiento predispuesto antes de la salida.

- 6.6 Los médicos, especialistas, dentistas, etc. que estén realizando el tratamiento deberán tener una autorización en el país donde ejerzan su profesión. Además, el método debe estar aprobado por las autoridades de sanidad pública del país de tratamiento. Los métodos de tratamiento que aún no se han aprobado por las autoridades de sanidad pública, pero que están bajo investigación científica, sólo serán cubiertos con la previa aprobación de los consultores médicos de la Compañía.
- 6.7 La Compañía tiene derecho a exigir que el asegurado sea repatriado para recibir tratamiento en el país de residencia, si los consultores médicos de la Compañía y el médico tratante están de acuerdo en que el tratamiento puede ser pospuesto hasta que el asegurado haya sido trasladado a su país de residencia.

ART. 7 COBERTURA DE EVACUACIÓN MÉDICA

- 7.1 Se reembolsarán los gastos razonables incurridos por concepto de Evacuación Médica del asegurado en caso de producirse una enfermedad grave y aguda (véase también el Art. 6.5), una lesión grave o el fallecimiento del asegurado.
- 7.2 La cobertura estará sujeta a que el médico tratante y el consultor médico de la Compañía se hayan puesto de acuerdo en la necesidad de trasladar al asegurado, así como con respecto a si debe ser trasladado al país de residencia o bien a otro lugar de tratamiento.
- 7.3 Solamente será cubierto un único transporte en el transcurso de una enfermedad.
- 7.4 En caso de fallecimiento del asegurado, se reembolsarán los gastos por concepto de transporte al domicilio del fallecido, así como las diligencias legales, tales como el embalsamamiento y un ataúd de zinc.

El pariente más próximo tiene las siguientes opciones:

- a) la incineración del fallecido y transporte de la urna al domicilio, o
- b) transporte del fallecido al domicilio.

Asimismo, se reembolsarán los gastos de repatriación de dos de los parientes convocados o compañeros de viaje del fallecido. La Compañía compensará, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje aéreo en clase económica.

- 7.5 La Compañía no será responsable ni de retrasos ni de restricciones en relación con el transporte causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridades públicas o por el piloto u otras situaciones ajenas a la Compañía.

ART. 8 VIAJE DE REGRESO

- 8.1 El seguro cubrirá un Viaje de Regreso a la destinación en el extranjero, si el asegurado ha sido evacuado por razones médicas a causa de una enfermedad o lesión, o si el asegurado ha sido repatriado y ha hecho uso de la cobertura de Repatriación Compasiva de Emergencia.
- 8.2 El incidente causante del Viaje de Regreso deberá ser cubierto por el seguro, y el seguro deberá ser vigente a la hora del Viaje de Regreso.
- 8.3 El Viaje de Regreso deberá realizarse, a más tardar, dos semanas después de la Evacuación Médica o de la Repatriación Compasiva de Emergencia.
- 8.4 La Compañía compensará los gastos de viaje equivalente al coste de un pasaje aéreo de regreso en clase económica. La destinación del Viaje de Regreso siempre será el lugar de donde el asegurado fuera evacuado o repatriado en primera instancia.

ART. 9 COBERTURA DE REPATRIACIÓN COMPASIVA DE EMERGENCIA

- 9.1 El seguro cubrirá si el asegurado tiene que terminar prematuramente su permanencia en el extranjero a razón de que un pariente cercano deba ser hospitalizado en el mismo país de residencia, o fallezca, como resultado de una enfermedad o una lesión seria y aguda que ocurra después del embarque del asegurado.

Un pariente cercano se define como el cónyuge que reside y está registrado en la misma dirección que el asegurado, los hijos, los yernos, las nueras, los nietos, los padres, los abuelos, los suegros o los hermanos.

- 9.2 Solamente será cubierto un único transporte en el transcurso de una enfermedad.
- 9.3 No se efectuará la compensación si el lesionado en cuestión es un compañero de viaje que ya ha sido repatriado.
- 9.4 Se cubrirá la repatriación sólo si la hora de llegada resultante es, como mínimo, doce horas antes de la hora de llegada del asegurado originalmente prevista.
- 9.5 Se otorgará la compensación, dentro de lo razonable, de los gastos de viaje adicionales; como máximo, equivalentes al precio de un pasaje aéreo en clase económica.

ART. 10 COBERTURA DE ACOMPAÑAMIENTO POR PARIENTES Y DE EXPATRIACIÓN COMPASIVA DE EMERGENCIA

- 10.1 El seguro cubrirá Acompañamiento en caso de una enfermedad grave y aguda, una lesión grave o el fallecimiento y/o la evacuación médica del asegurado, siempre que el consultor médico de la Compañía y el médico tratante se hayan puesto de acuerdo en que la duración de la hospitalización será de cinco días y noches, como mínimo, o que la condición del asegurado amenace su vida.
- 10.2 El asegurado tendrá derecho a invocar un máximo de dos personas para acompañarlo. Los acompañantes pueden ser o bien compañeros de viaje o parientes que hayan sido invocados desde su país de residencia para acompañar al asegurado.
- 10.3 La Compañía compensará, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje aéreo en clase económica para cada persona trasladada. Adicionalmente, se compensará un máximo de USD 300, EUR 250 ó CHF 400 por día, para cada persona trasladada o compañero de viaje por concepto de gastos de alojamiento, pensión y transporte local.

ART. 11 EXCEPCIONES A LA COMPENSACIÓN

- 11.1 La Compañía no será responsable de la compensación de los gastos relacionados con, causados por o incurridos como consecuencia de:

- a) cualquier enfermedad, lesión, debilidad o discapacidad físicas, así como sus secuelas, que hayan surgido o cuyos síntomas se hayan mostrado antes de la fecha de inicio del seguro o, si se ha elegido el plan IHI Viaje Anual, antes de cada viaje al extranjero (véase también el Art. 6.5);
- b) todo tratamiento y cirugía estética, a no ser que hayan sido médicamente prescritos y aprobados por la Compañía;
- c) tratamiento recreacional;
- d) problemas odontológicos preexistentes y tratamiento odontológico que no sea analgésico ni provisional y pueda ser postergado hasta el regreso a su domicilio;
- e) dentaduras;
- f) enfermedades venéreas, SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA y enfermedades relacionadas con los anticuerpos HIV (seropositivo);
- g) asistencia médica y de maternidad requerida después del octavo mes (36 semanas) de embarazo y después del cuarto mes (18 semanas), cuando el embarazo sea resultado de algún tipo de tratamiento de fertilidad, y/o si la asegurada espera más que un hijo;
- h) aborto provocado que no sea prescrito por un médico;
- i) abuso de alcohol, drogas y/o medicamentos;
- j) lesión física que uno se infiera intencionadamente;
- k) tratamientos realizados por médicos o con medicamentos naturistas y otros métodos de tratamiento alternativo;
- l) tratamiento por enfermedad o lesiones causadas directa o indirectamente durante la participación activa en guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección, perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines o la acción de cualquier autoridad legítimamente constituida, u operaciones militares, navales o aéreas (con o sin declaración de guerra);

- m) reacciones nucleares o lluvias radiactivas;
- n) tratamiento realizado por el asegurado, su cónyuge, padres o hijos o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente a cualquiera de las personas citadas;
- o) epidemias sujetas a la gestión de las autoridades públicas;
- p) tratamientos realizados por psicólogo, a no ser que hayan sido prescritos por el médico tratante en conexión con una situación de emergencia;
- q) chequeos médicos de rutina;
- r) la resistencia a o falta de cumplimiento de las órdenes médicas del consultor médico de la Compañía y del médico tratante;
- s) la resistencia a la evacuación médica (véase también el Art. 6.7);
- t) vacunaciones y otros tratamientos preventivos;
- u) transporte que no haya sido organizado por la Compañía. Sin embargo, serán cubiertos los gastos equivalentes a la cantidad que la Compañía hubiera reembolsado si hubiera sido notificada sobre el transporte;
- v) tratamiento y exámenes que pueden esperar hasta la llegada del asegurado a su domicilio;
- x) habitación privada en hospital, a no ser que haya sido médicamente prescrita y aprobada por la Compañía.

ART. 12 ¿COMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN?

- 12.1 Se otorgará la compensación cuando la Compañía haya aprobado que los gastos están de hecho cubiertos por el seguro y previa presentación de un Formulario de Solicitud de Reembolso debidamente rellenado y acompañado de las facturas originales y especificadas, así como de los recibos de pago y/u otra documentación relevante; como, por ejemplo, información médica y los pasajes aéreos o documentos de viaje.
- 12.2 En ningún caso, el importe de la compensación excederá el importe de la factura. Si el asegurado recibe una compensación por parte de la Compañía que excede el importe que le corresponde, el asegurado estará obligado a devolver

de inmediato a la Compañía la suma excedente. Se descontará tal importe adeudado de toda compensación efectuada posteriormente por la Compañía.

- 12.3 El pago de compensación estará limitado a los precios habituales, razonables y de costumbre para el área o el país donde se efectúe el tratamiento.
- 12.4 La Compañía deberá ser notificada, de inmediato, en caso de fallecimiento, hospitalización, repatriación de emergencia, evacuación médica o acompañamiento; y tal notificación deberá incluir información médica sobre la enfermedad o la lesión. Toda notificación deberá realizarse por teléfono o e-mail al Servicio de Emergencia de 24 Horas de la Compañía, y ésta reembolsará todos los gastos relacionados con dicha notificación.
- 12.5 Se deberá presentar la reclamación a la Compañía de inmediato y a más tardar treinta días después de la expiración del seguro.
- 12.6 Cualquier queja sobre la tramitación de reclamaciones por parte de la Compañía deberá notificarse en el término de treinta días a partir de la recepción del importe de la compensación.

ART. 13 COBERTURA POR TERCERAS PARTES

- 13.1 En caso de tener otro plan o seguro médico, esto deberá ser declarado ante la Compañía al solicitar cada reembolso.
- 13.2 En estas circunstancias, la Compañía coordinará los pagos con otras compañías; y la Compañía no será responsable de liquidar un monto mayor al proporcional.
- 13.3 Si los gastos son cubiertos, en su totalidad o parcialmente, bajo otro plan, programa o semejante, financiado por un gobierno, la Compañía no será responsable del monto cubierto.
- 13.4 El titular del seguro y cualquier otra persona asegurada se comprometen a cooperar con la Compañía y a notificarle inmediatamente cualquier reclamación o derecho contra terceras partes.
- 13.5 Así mismo, el titular del seguro y cualquier otra persona asegurada mantendrán informada a la Compañía, y tomarán las medidas correspondientes

para reclamar ante terceras partes y salvaguardar los intereses de la Compañía.

13.6 En todos los casos, la Compañía tendrá el pleno derecho de subrogación.

ART. 14 PAGO DE LA PRIMA

- 14.1 Las primas, incluidas las de renovación del plan IHI Viaje Anual, serán determinadas por la Compañía, y deberán pagarse por adelantado para el período completo de seguro antes del inicio del seguro.
- 14.2 El titular del seguro será responsable del pago puntual de la prima a la Compañía.
- 14.3 Si la prima no ha sido abonada antes de la fecha de inicio del seguro, el seguro no entrará en vigor, y la Compañía no será responsable.
- 14.4 Una devolución de la prima sólo será posible si la Compañía recibe una solicitud escrita con anterioridad a la fecha de inicio del seguro. La Compañía cobrará una tasa en relación con la devolución de la prima. Una vez pasada la fecha de inicio del seguro, la prima se considerará completamente devengada y no reembolsable.

ART. 15 INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA COMPAÑÍA

- 15.1 El titular del seguro y/o el asegurado estarán obligados a comunicar a la Compañía cualquier cobertura de viaje o de gastos médicos o cualquier cobertura similar de otra compañía de seguro.
- 15.2 El titular del seguro y/o el asegurado estarán obligados además a notificar a la Compañía sobre todas las informaciones asequibles y necesarias para la tramitación, por parte de la Compañía, de las reclamaciones presentadas por el asegurado.
- 15.3 Así mismo, la Compañía se reservará el derecho de conseguir información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc., que atienda o haya atendido al asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La Compañía, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado.

ART. 16 CESIÓN, CANCELACIÓN Y CESE

- 16.1 Nadie podrá, sin el previo consentimiento por escrito de la Compañía, dar en prenda o ceder sus derechos conforme al seguro.
- 16.2 Si se ha elegido el plan IHI Viaje Anual, el seguro será renovado automáticamente a cada fecha de aniversario de la póliza. El seguro podrá ser cancelado por el titular del seguro, o por la Compañía, con efectividad a partir de la fecha de aniversario de la póliza, previo aviso por escrito de 1 mes.
- 16.3 Cuando una reclamación haya sido presentada, el seguro podrá ser cancelado por el titular del seguro o por la Compañía previo aviso de un mes, y dentro de catorce días a partir de la fecha en que la Compañía haya realizado o rechazado el reembolso.
- 16.4 La responsabilidad de la Compañía cesará automáticamente con la expiración del período de seguro. Con la expiración del seguro cesará el derecho de compensación.
- 16.5 El período de seguro podrá prolongarse hasta 48 horas sin la necesidad de pagar prima adicional, si la vuelta del asegurado es aplazada sin que el asegurado sea responsable del retraso.
- 16.6 En caso de que el titular del seguro o el asegurado, al momento de suscribir el seguro o posteriormente, haya dado informaciones incorrectas de modo fraudulento o haya ocultado hechos que se consideren de importancia para la Compañía, el contrato de seguro quedará nulo y sin efecto para la Compañía.
- 16.7 La Compañía podrá detener o suspender un producto de seguro, con previo aviso de 3 meses antes de la fecha de aniversario de la póliza.

ART. 17 LITIGIOS, FUERO, ETC.

- 17.1 Cualquier litigio que pudiera derivarse de o relacionarse con el presente contrato de seguro será resuelto de conformidad con la legislación danesa, teniendo como fuero Copenhague. La Compañía está afiliada a Ankenævnet for Forsikring (la Comisión de Apelación de Seguros).

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

Período de viaje: Desde (dd/mm/aa) _____ Hasta (dd/mm/aa) _____

Nombre(s) _____ Apellido(s) _____

Fecha de nac.: _____ Número de la póliza _____

Dirección permanente _____

Teléfono _____ Fax/e-mail _____

Dirección para los reembolsos (si es otra que la anterior) _____

EN CASO DE ENFERMEDAD/LESIÓN

El objeto de la presente solicitud de reembolso es: Enfermedad Lesión Accidente

¿Dónde ocurrió el accidente/la enfermedad? _____

_____ País _____

Fecha _____

Diagnóstico _____

Descripción del curso de la enfermedad/de la lesión (Fecha del primer síntoma etc.) _____

¿Ha sufrido síntomas similares con anterioridad? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Descripción de los síntomas _____

Nombre de su médico en el país de residencia _____

Dirección _____ Teléfono _____

Deberá de adjuntarse un informe médico. Si necesita más espacio a fin de proporcionar una descripción detallada, por favor continúela en una hoja separada.

EN CASO DE ACCIDENTE

¿Qué ocurrió? Describir la situación _____

En caso de accidente deberá de presentarse un informe policial.

¿Hubo testigos? Nombres y direcciones de los testigos _____



EN CASO DE TRATAMIENTO MÉDICO

Fecha(s) de tratamiento _____ Nombre del médico _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax/e-mail _____

Le rogamos adjunte toda la información del médico así como las facturas y recibos originales. Las facturas deben indicar las fechas de tratamiento y especificar los precios individuales.

EN CASO DE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL

Fecha del inicio del tratamiento _____ Fecha de alta _____

Nombre del hospital _____ Nombre del médico _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax/e-mail _____

Le rogamos adjuntar toda la información del hospital así como las facturas y recibos originales. Las facturas deben indicar las fechas de tratamiento y especificar los precios individuales.

DATOS DE OTRO SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro médico con otra compañía? Sí No

Nombre de la compañía _____ Número de póliza _____

¿Ha presentado la presente reclamación a la otra compañía? Sí No

REEMBOLSO

Por favor, reembolse el importe a: Asegurado Otro:

Por favor, indique importe y moneda: Importe _____ Divisa _____

Le rogamos adjuntar las facturas especificadas y recibos originales.

POR FAVOR, TRANSFERIR EL REEMBOLSO A LA SIGUIENTE CUENTA

Nombre del banco _____

Dirección _____

Código swift o ABA (si lo haya) _____

IBAN _____

No de cuenta _____ Titular de la cuenta _____

A FIRMAR POR EL ASEGURADO

Yo, el abajo firmante, confirmo la veracidad de todos los datos facilitados en el presente Formulario de Solicitud de Reembolso y que no se ha ocultado ninguna información. Autorizo a International Health Insurance danmark a/s a obtener informaciones de cualquier médico, hospital o compañía de seguros en lo que a mí o a mi familia respecta y con el fin de tramitar la solicitud de reembolso, de acuerdo con las Condiciones de Póliza.

Fecha _____ Firma _____

