

Formulario de notificación de siniestro – Seguro médico**¡Importante!** Complete el formulario y no se olvide de adjuntar las facturas originales y las recetas médicas.

N° de póliza

Datos personales del asegurado

Apellido(s) | Nombre(s)

Fecha de nacimiento (D, M, A) | Teléfono

E-mail | País de destino

Fecha de inicio del viaje | Fecha estimada de finalización del viaje

Dirección en el país de origen

Dirección en el país de destino (si el viaje todavía no ha terminado)

c/o Nombre de la familia de acogida | Teléfono

Dirección en el país de destino

Reembolso

Tipo de doc.	Número	Monto	Moneda
Factura(s) del médico			
Factura(s) de medicamentos			
Factura(s) de hospital			
Otras facturas			

Por favor indíquenos sus datos bancarios si desea que abonemos el monto a su cuenta.

Titular de la cuenta (nombre y apellido)

IBAN

BIC

Información sobre la enfermedad o accidente

Por favor envíenos (en copia) el informe médico.

Por favor describa en sus propias palabras cómo se enfermó/cómo ocurrió el accidente

¿Cuál es el diagnóstico emitido por el doctor?

¿Cuándo se enfermó por primera vez?

¿Ya había sido tratado por la misma dolencia antes del viaje?

Sí

No

En caso afirmativo, indique por favor el nombre y la dirección del médico tratante

¿Ha sido supervisada la dolencia por un médico después de su retorno? (Indique nombre y dirección)

Información sobre otras pólizas

¿Es usted miembro del sistema público de salud o de un seguro privado? (Indique el nombre, dirección y n° de póliza)

¿Ha solicitado el reembolso de gastos a otra aseguradora (estatal o privada)?
(Por favor envíenos copia de la notificación de reembolso)

Sí

No

¿Tiene usted otro seguro de viaje, por ej. a través de su tarjeta de crédito, el Automóvil Club de su país, la Cruz Roja u otra asociación que ofrezca prestaciones de rescate en caso de emergencia?

Sí

No

Por favor indique el nombre, la dirección y el n° de membresía/tarjeta de crédito

Advertencia importante / Firma

Tanto el contratante del seguro como la persona asegurada se encuentran en la obligación de responder las preguntas con información veraz y completa. La sociedad quedará exonerada del deber de prestación, si el contratante o la persona asegurada proporcionaran información incompleta o no veraz, sea de forma intencional o por negligencia grave, o si obraran de forma fraudulenta. En caso de información falsa proporcionada intencionalmente se derivará siempre dicha consecuencia legal, aún cuando la información falsa no afectara la obligación de la aseguradora de cumplir con la prestación o la cantidad a ser reembolsada. En caso de incumplimiento de esta obligación por negligencia grave, la aseguradora tendrá derecho a reducir la prestación en función de la gravedad de la culpa.

Lugar, fecha

Firma del contratante

Acuerdo de confidencialidad

Para (persona asegurada)

N° de póliza

Yo, el asegurado, autorizo a la aseguradora a solicitar en todo momento información sobre enfermedades y dolencias previas, sobre aquellas existentes hasta la fecha de finalización del contrato, sobre accidentes y sus consecuencias, así como sobre seguros personales solicitados, existentes, o que hayan caducado. Para ello, la aseguradora podrá consultar a médicos, odontólogos, naturópatas, instituciones sanitarias de todo tipo, aseguradoras e instituciones de asistencia social. Los mencionados quedan liberados de la obligación de guardar confidencialidad y autorizados a proporcionar todas la información necesaria a la aseguradora.

Lugar, fecha

Firma del asegurado