

## Claim Form / Formulario de Solicitud de Reembolso

This Claim Form should be sent together with the the original, receipted bills indicating dates of treatment with itemized 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.

(PLEASE USE BLOCK LETTERS / LETRA DE IMPRENTA)

### Personal data/datos personales

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

### Details of the service provided / Datos sobre el servicio prestado:

Diagnosis / Diagnóstico:	Date of first symptom or date of accident / Fecha del primer síntoma o fecha del accidente:
	Date of first consultation for this diagnosis / Fecha de la primera consulta por este diagnóstico:
	Have similar symptoms occurred previously? / ¿Ha tenido síntomas similares con anterioridad?: YES / SI <input type="checkbox"/> NO / NO <input type="checkbox"/> Date / Fecha:

### In case of hospitalization / En caso de hospitalización:

Name of hospital / Nombre del hospital	Period of hospitalization / Periodo de la hospitalización:
--	--

### Details of the service provided / Datos sobre el servicio prestado:

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

### To be completed by treating physician / A rellenar por el médico tratante:

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

Please continue on page 2 / Continuar en la página 2

Complete only in the event of an accident / *Rellenar sólo en caso de accidente:*Full name of the person injured / *Nombre y apellidos del accidentado:*Date of birth / *Fecha de nacimiento:*day / *día*    month / *mes*    year / *año*Date of policy issue /  
*Fecha de emisión de la póliza:*day / *día*    month / *mes*    year / *año*Date of accident / *Fecha del accidente*day / *día*    month / *mes*    year / *año*Place of the accident / *Lugar del accidente:*How did the accident happen? / *¿Cómo ocurrió el accidente?*Other health insurance / *Otro seguro médico:*Do you have other health insurance policies? / *¿Tiene otros seguros médicos?*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:* \_\_\_\_\_Address /  
*Dirección postal:* \_\_\_\_\_Is this company also liable for the same incident? /  
*¿Su otro seguro, se ha responsabilizado de los mismos gastos?*YES / *SÍ* NO / *NO* 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:* \_\_\_\_\_