

Formulario de siniestro

Sus datos personales:	
Apellido	Nombre
Fecha de nacimiento (f/m/a)	
Dirección en el país de origen:	
Regreso al país de origen el (f/m/a):	c/o (nombre de la familia anfitriona)
Calle	Calle
CP	CP ciudad
Ciudad	Estado federal / provincia
País	País
Tlf.	Tlf
Correo-e	Correo-e
Su tratamiento médico:	
Clase de enfermedad o del accidente	
En caso de una enfermedad, ¿ha sufrido de ésta ya antes una vez? Si es así, ¿cuándo?	
En caso de un accidente Propia culpa <input type="checkbox"/> Culpa de la otra parte <input type="checkbox"/>	
Describe brevemente como pasó el accidente:	
Restitución de costes: (derechos bancarios a cargo del asegurado)	
¿Ha pagado ya la factura del médico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si no, la factura será pagada directamente al prestador de los servicios	
Nombre del médico / hospital que le trató	
Dirección del médico / hospital que le trató	
Si es así, se restituirán los costes a su cuenta	
Nombre del banco	
Dirección y país del banco	
Nombre del titular de la cuenta	Número de la cuenta Código bancario
SWIFT (indicar imprescindiblemente)	
Documentos en el caso de siniestro	
<p>Mande al asegurador el formulario completamente relleno, así como todas las facturas y comprobantes originales respecto a este siniestro.</p> <p>INFORMACIONES INCOMPLETAS O FALSAS CAUSAN RETARDOS EN EL PROCESAMIENTO DEL SINIESTRO.</p>	
<p>Zona 1: América del Norte y del Sur</p> <p>CareMed Claims CISI Claims Department River Plaza, 9 West Broad Street Stamford, CT 06902-3788 USA</p>	<p>Zona 2: Todos los demás países, a excepción de América del Norte y del Sur</p> <p>CareMed Claims ACE European Group Limited Direktion für Deutschland Lurgiallee 10 60439 Frankfurt, Germany</p>
<p>Por la presente autorizo a cada uno de los hospitales, médicos y las demás personas que me han chequeado, incluidos aquellos en mi país de origen, que proporcionen para la Central de Asistencia o sus representantes todas las informaciones respecto a enfermedades o lesiones, historial clínico, asesoramientos, prescripciones o tratamientos, así como copias de todos los informes médicos y de hospitales. También tiene validez una copia de esta autorización.</p> <p>Fecha</p> <p>Firma del asegurado</p>	