

**Formulario de siniestro médico**

<b>Sus datos personales:</b>	
Apellido	Nombre
Fecha de nacimiento (f/m/a)	
<b>Dirección en el país de origen:</b>	
Regreso al país de origen el (f/m/a):	<b>Dirección en el país de destino:</b>
Calle	c/o (nombre de la familia anfitriona)
CP	Calle
Ciudad	CP ciudad
País	Estado federal / provincia
Tlf.	País
Correo-e	Tlf
<b>Su tratamiento médico:</b>	
Clase de enfermedad o del accidente (describe brevemente como pasó el accidente)	
En caso de una enfermedad, ¿ha sufrido de ésta ya antes una vez? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si es así, ¿cuándo?	
En caso de un accidente Propia culpa <input type="checkbox"/> Culpa de la otra parte <input type="checkbox"/>	
<b>Restitución de costes: (derechos bancarios a cargo del asegurado)</b>	
¿Ha pagado ya la factura del médico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Si no</b> , la factura será pagada directamente al prestador de los servicios	
Nombre del médico / hospital que le trató	
Dirección del médico / hospital que le trató	
<b>Si es así</b> , se restituirán los costes a su cuenta La presentación de siniestro para destinos en América del Norte o del Sur también se puede reembolsar por cheque, rogamos que indique <input type="checkbox"/>	
Nombre del banco	
Dirección y país del banco	
Nombre del titular de la cuenta	
Número de la cuenta	Código bancario
SWIFT/BIC (indicar imprescindiblemente)	
IBAN (indicar imprescindiblemente)	
<b>Documentos en el caso de siniestro</b>	
<p><b>Envíe el formulario de siniestro rellenado junto con las facturas por e-mail al centro de siniestros indicado a continuación (según su país de destino).</b></p> <p><b>INFORMACIONES INCOMPLETAS O FALSAS CAUSAN RETARDOS EN EL PROCESAMIENTO DEL SINIESTRO.</b></p> <p>Zona 1: América del Norte y del Sur</p> <p>Zona 2: Todos los demás países, a excepción de América del Norte y del Sur</p> <p>CareMed Claims CISI Claims Department River Plaza, 9 West Broad Street Stamford, CT 06902-3788 USA <a href="mailto:claimhelp@culturalinsurance.com">claimhelp@culturalinsurance.com</a></p> <p>CareMed Claims ACE European Group Limited Direktion für Deutschland Lurgiallee 10 60439 Frankfurt, Germany <a href="mailto:infoah.claims@acegroup.com">infoah.claims@acegroup.com</a></p>	
<p><b>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.</b></p> <p>Fecha</p> <p>Firma del asegurado</p>	