

NHC FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

Número de póliza		Fecha de nacimiento		
		día	mes	año
Nombre(s)		Apellido(s)		
Dirección y País				
Teléfono		Correo electrónico		

Enfermedad/lesión

Motivo del tratamiento médico y diagnóstico

Fecha de la enfermedad o lesión

¿Ha tenido síntomas de la misma enfermedad con anterioridad? Si es así, cuándo?

Nombre y dirección del médico u hospital tratante

Firma y sello del médico tratante

Otro seguro médico

¿Tiene usted otro seguro médico con otra compañía? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, indique por favor a continuación lo siguiente: _____

Nombre y dirección de la compañía aseguradora _____

Número de póliza? _____

Reembolso

El reembolso será transferido a la cuenta bancaria elegida por usted. Por favor, indique a continuación los siguientes detalles:

Titular de la cuenta _____

Número de la cuenta _____

Número IBAN _____

Código SWIFT _____

Número ABA / Routing _____

Nombre y dirección del banco _____

Deseo que el reembolso sea registrado como pago parcial de mi prima ☐ No ☐ Sí

Autorización

Yo, el abajo firmante, acepto y autorizo que Nordic Health Care envíe y obtenga cualquier información relevante sobre mi salud de personal médico, hospitales, clínicas de atención a la salud, autoridades públicas, compañías aseguradoras y similares con motivo de verificar este reclamo. Mi autorización es válida sólo para los diagnósticos y lesiones indicados.

Declaro por el presente documento que la información que contiene es completa y verdadera a mi mejor saber y entender. Estoy en conocimiento de que cualquier falsificación de información puede conducir a la cancelación del seguro y al rechazo de la solicitud de reembolso.

Fecha

Firma

Reclamo(s)

Motivo del tratamiento médico y diagnóstico:

Moneda e importe:

Este formulario de solicitud de reembolso deberá ser enviado junto con los recibos de pago y facturas originales

