Formulario de reclamación de seguro médico

Puede utilizar este formulario de declaración para sus reclamaciones de seguro médico. Por favor, rellene todos los datos solicitados y guarde una copia para usted. Puede descargarse un nuevo formulario en www.aonstudentinsurance.com.

Asegurado

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Programa/instituto _____

Fin de los estudios _____

Número de certificado _____

Cuenta bancaria en el extranjero

Nombre del banco_____

Dirección _____

Nº de cuenta _____

Código Swift del banco_____

Código IBAN _____

Código del banco nacional/Routing transit number/ABA (si procede)_____

Información adicional

¿Tiene algún otro seguro que pueda cubrir los gastos médicos reclamados actualmente?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, indíquenos el nombre de la compañía de seguros y su número de póliza.

Compañía aseguradora_____

Número de póliza _____

Accidente

¿Están relacionados los costes con un accidente?

☐ Sí

☐ No

Si ha estado involucrado un tercero, indique aquí sus datos:

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico_____

Comentarios adicionales

Para comentarios adicionales, observaciones, preguntas, etc., envíe un correo electrónico a students@aon.nl.

Reclamación

Rellene el otro lado para completar su reclamación.

Reclamación

Adjunte las facturas originales y recuerde que sólo se aceptarán facturas originales y especificadas. No se realizará ningún reembolso sobre la base de recordatorios, copias, duplicados o facturas no especificadas.

	Reclamación (médico/ farmacia/hospital)	Nº de referencia/factura (si no se menciona, dejar abierto)	Fecha de tratamiento	Importe (indicar divisa si no es EUR)	El pago debe hacerse a (médico/farmacia/hospital o yo mismo)	Código de Aon (no rellenar, sólo se aplica a Aon)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

En caso de tratamiento por un médico especialista se requiere una derivación por escrito de su médico de familia. Para obtener una autorización para el ingreso en un hospital, se requiere una declaración de su especialista con un diagnóstico médico.

Firma

Fecha

Firma

Dirección del remitente

Por favor, envíe este formulario a Aon Hewitt, Expatriate Services, P.O. Box 1005, 3000 BA Rotterdam, The Netherlands.