FORMULARIO DE **RECLAMACIÓN**

Este formulario de reclamación deberá utilizarse únicamente si el proveedor no ha enviado directamente a VUMI® Insurance Europe Limited, o a sus subsidiarias o afiliadas, una solicitud en su nombre. Envíe este formulario junto con las facturas o recibos con los importes desglosados, los diagnósticos y las prescripciones médicas a la dirección indicada a continuación.

REQUISITOS DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN:

- Complete este formulario y envíelo junto con toda la información correspondiente en un plazo máximo de 180 días a partir de la fecha inicial del servicio.
- Si la información no se recibe dentro del plazo establecido, la reclamación no será cubierta.
- Presente un formulario de reclamación por evento y por cada miembro de la familia.
- Adjunte las facturas que detallen todos los servicios recibidos, junto con el comprobante de pago de los gastos incurridos.
- Todos los servicios prestados dentro de los Estados Unidos deben ir acompañados del Formulario de Autorización para la Liberación de Información, a fin de obtener la información médica del proveedor si fuera necesario

ENVÍE ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN JUNTO CON LAS FACTURAS Y/O RECIBOS A: contact-europe@vumigroup.com.

Sección I. Información del reclamante

1. Nombre completo del reclamante:

2. Fecha de nacimiento:

3. Nombre completo del tomador de la póliza:

4. Número de póliza:

5. Correo electrónico:

Sección II. Información médica

1. Diagnóstico:

2. Síntomas principales:

3. Fecha de inicio de los síntomas:

4. Tratamiento o procedimiento previsto y pronóstico:

5. ¿Ha existido un diagnóstico previo y/o tratamiento para la misma u otra condición relacionada? ○ Sí ○ No

6. Fecha de la primera consulta:

7. Si la respuesta es sí, indique las fechas, resultados, tipo de tratamiento, medicamentos prescritos y el nombre del médico o del hospital:

¿EL PACIENTE TAMBIÉN CUENTA CON COBERTURA DE:

8. ¿Otro plan de seguro de salud?: ○ Sí ○ No

9. Si la respuesta es sí, indique el nombre y la dirección de la otra aseguradora:

¿LA ENFERMEDAD O LESIÓN FUE, DE ALGUNA MANERA, CONSECUENCIA DE:

10. Profesión del paciente: ○ Sí ○ No

11. ¿Accidente de cualquier tipo?: ○ Sí ○ No

12. Si la respuesta es sí, indique los detalles, incluida la fecha del accidente: (En caso de accidente de tráfico, incluya el informe policial)

DOCTOR / INFORMACIÓN DEL HOSPITAL:

1. Nombre del médico / departamento / proveedor:

2. Número de teléfono:
+ -

3. Dirección:

4. Número de teléfono alternativo:
+ -

5. Firma del médico:

6. Correo electrónico:

7. Sello del médico tratante:

Si la sección de información del médico se completa, firma y sella por el facultativo que atiende, este formulario será válido como informe médico.

Sección III. Información detallada de la factura

SERVICIOS MÉDICOS

FECHA DEL SERVICIO DESDE:	HASTA:	DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y SUMINISTROS PROPORCIONADOS	MONEDA	CARGOS
		TOTAL DE CARGOS:		
		IMPORTE PAGADO POR EL ASEGURADO:		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FECHA DEL SERVICIO DESDE:	HASTA:	DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y SUMINISTROS PROPORCIONADOS	MONEDA	CARGOS
		TOTAL DE CARGOS:		
		IMPORTE PAGADO POR EL ASEGURADO:		

Sección IV. INFORMACIÓN DEL REEMBOLSO

MÉTODO DE PAGO

1. Apellido(s):

2. Nombre(s):

3. Dirección:

4. Ciudad:

5. Estado:

6. País:

7. Código postal:

8. Número de teléfono: (Debe estar asociado con el país donde que se envía el cheque)

\+ -

El importe mínimo para enviar un cheque internacional es de EUR € 500 por póliza, sumando todas las reclamaciones.

○ **Opción 1**: Transferencia internacional

1. Tipo de cuenta:

○ Cheques ○ Ahorros

2. Nombre del banco:

3. Nombre del titular principal de la cuenta:

4. Número de cuenta / IBAN:

5. Código SWIFT / BIC:

6. Nombre del banco intermediario (si procede):

7. Número de ruta del banco intermediario (debe tener 9 dígitos):

8. Detalles de referencia:

○ **Opción 2:** Aplicar a la prima

Autorizo a VUMI® Insurance Europe Limited (la Compañía) a aplicar el importe a reembolsar de este siniestro exclusivamente al pago de la próxima prima de renovación de esta póliza. Entiendo que esta autorización no garantiza que mi póliza se renueve a tiempo. Soy responsable de asegurarme de que cualquier prima pendiente en el momento de la renovación se pague en su totalidad en caso de que el(los) reembolso(s) no cubran la prima completa antes de que finalice el período de gracia. Comprendo que el importe de la renovación podría variar si las tarifas aumentan o si mi cobertura cambia. Esto no modifica las condiciones de mi póliza, especialmente en lo relativo al pago de primas y cambios de tarifas. VUMI® Insurance Europe Limited puede aceptar o rechazar esta solicitud y puede establecer límites sobre cómo se podrán utilizar los reembolsos en el futuro.

Acepto y doy mi consentimiento para que VUMI® Insurance Europe Limited y sus filiales y sociedades relacionadas envíen y obtengan información sobre mi salud de/para un equipo médico autorizado, hospitales, clínicas de salud, autoridades sanitarias, aseguradoras y otras instituciones similares, con el fin de verificar la veracidad de este siniestro. Este consentimiento se aplica únicamente a las enfermedades, lesiones y diagnósticos indicados. Declaro que la información proporcionada por mí es verdadera, completa y ofrecida de buena fe. Si alguna de la información revelada aquí resulta ser falsa, incorrecta, incompleta, con intención de inducir a error o ha sido omitida, entiendo que la póliza será cancelada y la Compañía no será responsable de ningún pago de los beneficios ofrecidos bajo el plan. Asimismo, acepto reembolsar cualquier pago realizado como resultado de una omisión, declaración incorrecta o negligencia causada por mí.

1. Nombre completo del asegurado:

2. Firma del asegurado:

3. Fecha: