

### DATOS DEL PACIENTE – PACIENTE EXTERNO

*Para poder tramitar su caso nos faltan los siguientes datos, a partir de los cuales se valorarán las condiciones referentes a la garantía de pago. Les rogamos escribir con letra mayúscula.*

<b>Tipo de póliza</b>	<b>Seguro privado</b> <input type="checkbox"/>		<b>Tarjeta danesa de Seguro de Enfermedad</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Paciente</b> <small>(adjunte una copia de pasaporte por favor)</small>	Número de seguridad social		Nombre	
	Dirección en su país		No. de tel. celular/móvil <b>(Información obligatoria)</b>	
<b>Titular del seguro</b> <small>(adjunte una copia de pasaporte por favor)</small>	Número de seguridad social		Nombre	
	Dirección en su país		No. de tel. celular/móvil	
<b>Lugar donde se encuentra el paciente</b>	Hotel		No. de habitación	No. de tel./fax
<b>Datos de viaje (información obligatoria)</b>	Fecha de salida	Fecha de vuelta a su país	Objetivo del viaje (vacaciones, trabajo, combinación de los dos.)	
<b>Seguro</b>	<b>Si tiene seguro privado o seguro de viaje</b>		Nombre de compañía de seguros	No. de póliza y fechas de validez
	<b>Si tiene seguro a través de su tarjeta de crédito</b>		Nombre del dueño de la tarjeta	
			Número de la tarjeta de crédito (16 dígitos)	Tipo de tarjeta y nombre del banco
	Si este viaje ha sido pasado con la tarjeta de crédito, por favor indique el monto pasado, fecha de pago y receptor del pago.			
<b>Información de carácter médico</b>	Fecha en que empezaron los síntomas/tuvo lugar el accidente		Fecha de la primera visita médica/tratamiento	Número de visitas previstas
	País de accidente/síntomas	Gastos previstos (información obligatoria)	Diagnóstico (informe médico DEBE sernos enviado adjunto)	
	Escriba el incidente con detalles			
	¿Ha tenido antes síntomas similares o algo parecido a esta enfermedad y avando?			
<b>Hospital/clínica</b>	Nombre del hospital/la clínica		Cómo llegó el paciente hasta el hospital/la clínica?	
	No. de tel. /fax.			
<b>Les rogamos nos informe sobre la probabilidad para el paciente de poder regresar a su país de la forma planeada y en la fecha planeada.</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>Si la respuesta es no, rellene los puntos indicados abajo.</b>				
<b>Médico a cargo del paciente</b>	Nombre		Nombre y no. de tel./ móvil/fax/correo electrónico	Horario e idioma que habla
<b>Compañía de viaje/tour operador</b>	Nombre del guía o del representante		No. de tel./fax/correo electrónico y horarios	
<b>Información de viaje</b>	<b>Salida de viaje</b>	Números de vuelo	Nombre de aeropuertos	Especificar si se trata de vuelo chárter o de línea regular. En este último caso, adjuntar copia de los pasajes/billetes.
	<b>Retorno</b>	Números de vuelo	Nombre de aeropuertos	
	Forma de transporte de casa a aeropuerto y de lugar de estadía a aeropuerto.			

**NOTA IMPORTANTE!** Les agradeceríamos que el informe médico nos sea enviado a la mayor brevedad posible conteniendo como mínimo los siguientes datos: Fecha en que empezaron los síntomas/tuvo lugar el accidente, diagnóstico, médico a cargo del paciente, así como los gastos previstos, desglosados en tratamiento, medicamentos, etc.