

Formulario de notificación de reclamación



Referencia de notificación de reclamación:

(Para uso exclusivo de la oficina)

Su información:

Nombre:

Tipo de reclamación:

Fecha:

Domicilio:

Número de contacto:

Dirección de correo electrónico:

Información importante / ¿Cómo continúa?

1. Complete el formulario de reclamación adjunto
2. Cualquier nota / observación adicional deberá ser adjuntada al final de este formulario
3. Enumere la documentación acreditativa que se adjuntará a este formulario de reclamación:

(Por favor, consulte el documento "prueba de las reclamaciones" dado cuando se ha comprado su póliza)

a)

b)

c)

d)

e)

f)

Formulario de notificación de reclamación



4. Envíe el formulario de reclamación completo junto con todos sus adjuntos a:

Intana
Sussex House
Perrymount Road
Haywards Heath
West Sussex
RH16 1DN
United Kingdom

Información de la póliza:

Número de póliza:

Adquirida en:

Tipo de póliza:

Fecha cubierta:

Cobertura adicional:

Condiciones médicas:

Endosos:

Información del solicitante:

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Ocupación:

Nacionalidad:

Lugar de nacimiento:

Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Ocupación:	Nacionalidad:	Lugar de nacimiento:

Formulario de notificación de reclamación



Información del viaje:

Fecha de reservación del viaje:

Fecha de salida:

Fecha de regreso:

País al que viaja:

Motivo del viaje:

Motivo de su reclamación:

Monto:

€

Formulario de reclamación por gastos médicos y regreso anticipado



MARQUE con una tilde

Enfermedad

Lesión

1. Fecha y hora en que ocurrió la enfermedad / lesión:

___/___/___ :___

2. País donde ocurrió la enfermedad o lesión:

3. Descripción / diagnóstico completo de la enfermedad o lesión:

4. Antecedentes médicos

¿Ha sufrido de la enfermedad/lesión que resultó en la presentación de esta reclamación, o cualquier condición relacionada, antes de adquirir el seguro o de reservar sus vacaciones o antes de viajar?

Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, solicite a su médico que complete el certificado médico adjunto

5. Detalles del hospital / clínica donde se brindó el tratamiento:

Nombre:

Domicilio:

Núm. de teléfono: (si lo conoce)

Nombre del médico actuante: (si lo conoce)

Formulario de reclamación por gastos médicos y regreso anticipado



6. Si fue internado, complete la siguiente información:

Fecha de internación: _____/_____/_____

Fecha de alta: _____/_____/_____

¿Se comunicó con la Compañía de Asistencia Médica como se indica en su póliza?:

Sí No

Si la respuesta es **No**, provea una explicación por escrito de la razón por la cual no se comunicó con la compañía de asistencia médica:

Si la respuesta es Sí, confirme la fecha de su primera llamada: _____/_____/_____

Persona con la que habló y número de referencia:

¿Llevó su TSE? Sí No

¿La presentó al médico/hospital?: Sí No

¿Posee algún seguro médico privado, por ej. BUPA, PPP, etc.? Sí No

Si la respuesta es Sí, indique el proveedor, número de póliza y domicilio del asegurador:

Formulario de reclamación por gastos médicos y regreso anticipado



Enumere los Gastos Médicos que reclama:

Enumere los gastos que reclama y el tratamiento recibido	Moneda y monto pagado	Recibo adjunto	Persona a la cual se debería realizar el pago
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

Regreso anticipado - Complete esta sección SÓLO si regresó a su domicilio de residencia antes de lo programado

Motivo del regreso anticipado:

Enfermedad Lesión Enfermedad / lesión o fallecimiento de un familiar Otro

Motivo del regreso anticipado:

Formulario de reclamación por gastos médicos y regreso anticipado



Si el regreso anticipado se debe a enfermedad / lesión o fallecimiento de una persona que no está incluida en su póliza, confirme su parentesco con esta persona:

Fecha en la cual regresó:

___/___/___

Cantidad de días completos sin utilizar:

¿Estaba acompañado?

Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿quién le acompañaba?:

¿Se comunicó con la aerolínea / compañía ferroviaria / transbordador, etc. para reprogramar las fechas de viaje?: Sí No

Complete la siguiente tabla y enumere los gastos adicionales en los que incurrió para regresar a su hogar:

Enumere los gastos que reclama y el tratamiento recibido	Moneda y monto pagado	Recibo adjunto	Perona a la cual se debería realizar el pago
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

¿Posee algún tipo de cuenta bancaria / tarjeta de crédito que le ofrezca seguro de viaje de cortesía que cubra las circunstancias de su reclamación?

Sí No

Formulario de reclamación por gastos médicos y regreso anticipado



Si la respuesta es **SÍ**, confirme la siguiente información:

Número de tarjeta:

Banco emisor:

Tipo de tarjeta (Gold, Platinum, estándar):

¿Se ha presentado una reclamación a un tercero?

Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, por favor especifique:

¿Existe otra póliza relevante que pueda cubrir las circunstancias de su reclamación? Otras pólizas, Barclaycard, Amex

Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, por favor especifique:

Si la reclamación está relacionada con una lesión, confirme la siguiente información:

1. Una descripción general de las circunstancias que ocasionaron el accidente

2. Si hubo un tercero involucrado, provea el nombre y el domicilio del Tercero y la información de su seguro, en caso de conocerlos

3. En el caso de que presente una reclamación por daños y perjuicios contra un Tercero, provea el nombre y el domicilio del abogado que pueda haber sido contratado y el número de referencia

Formulario de reclamación por gastos médicos y regreso anticipado



4. Si no hubo ningún Tercero involucrado, clarifique quién o qué tuvo la culpa y por qué

Si su solicitud es aceptada, por favor indique a continuación sus/ los detalles bancarios:

Especifique el nombre del beneficiario:

Nombre del banco:

Dirección del banco:

Número IBAN:

Código SWIFT (BIC)

Número de cuenta:

Código de la sucursal:

Titular de la cuenta:

Tipo de cuenta (corriente, Gold, Platinum, etc.):

Formulario de reclamación por gastos médicos y regreso anticipado



DECLARACIÓN

IMPORTANTE - Su formulario de reclamación será devuelto si no incluye su firma.

El/los que suscribe/n declara/n que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi/nuestro leal saber y entender. No he/hemos retenido información alguna dentro de mi/nuestro conocimiento en relación con esta reclamación. Acepto/aceptamos brindar al asegurador toda la información razonable que pueda ser solicitada. Comprendo/comprendemos que el asegurador no asume responsabilidad mediante la emisión de este formulario. **ADVERTENCIA - la realización de una reclamación fraudulenta o a sabiendas exagerada es un delito penal. Investigamos todos los casos y denunciaremos a la policía, con la que siempre cooperamos, a cualquier persona sospechada de fraude**

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (DATA PROTECTION ACT)

La industria de los seguros utiliza una cantidad de iniciativas antifraude. La información proporcionada en este formulario puede ser almacenada electrónicamente y compartida con otras organizaciones para este propósito. Comprendo/comprendemos que pueden solicitar información a otras organizaciones para verificar las respuestas que he/hemos provisto.

IMPORTANTE

En caso de que un tercero resulte responsable, todos los derechos son subrogados a los aseguradores del seguro de viaje o sus agentes sobre todas las resoluciones de esta reclamación.

Firma:

Fecha: ___/___/___

Certificado Médico



Debe ser completado por un médico de cabecera

Por favor escriba con letras MAYÚSCULAS

Todos los honorarios pagados a obtener su certificado médico (a propósito de la interrupción o cancelación debido a su enfermedad, lesión o fallecimiento) de su médico, serán a su cargo y no serán reembolsados por su seguro.

Importante: Pedimos respetuosamente al doctor a comunicar tantos detalles como sea posible para ayudar a nuestro cliente y para evitar preguntas complementarias.

1. Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento:

___/___/___

2. ¿Es usted el médico que atiende al Paciente?

Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, ¿desde cuándo?

Si la respuesta es **NO**, por favor indicar los datos del Médico que atiende del Paciente:

3a Por favor indicar el diagnóstico preciso de la enfermedad, lesión o la causa del fallecimiento:

b. ¿En qué fecha el Paciente le consultó a causa de los síntomas?

___/___/___

4. Fecha de inicio de la enfermedad o lesión

___/___/___

5. Fecha de las pruebas prescritas:

___/___/___

6. Fecha de las pruebas realizadas:

___/___/___

7. Fecha de la condición diagnosticada:

___/___/___

8. Fecha en que se hace referencia a un especialista:

___/___/___

9. Nombre y dirección del médico o cirujano:

Código Postal: _____

Certificado Médico



10. ¿El Paciente ha recibido un pronóstico terminal?

Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, por favor indicar la fecha y el diagnóstico:

___/___/___

11. ¿Usted ha tratado o ha aconsejado el Paciente sobre la misma o similar enfermedad o lesión como se describe en la pregunta 3a?

Sí No

Si la respuesta es **SÍ**,

a. Indique el diagnóstico de la enfermedad o lesión anterior:

b. Indique la fecha en que apareció la enfermedad o lesión anterior, y el tratamiento/medicación prescrito:

c. ¿El Paciente ha recibido un asesoramiento médico, tratamiento y medicación para su condición u otras condiciones relacionadas?

Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, por favor indicar los detalles:

d. Por favor indique cualquier condición médica activa, fecha de diagnóstico y los detalles de medicación si es necesario:

12. ¿Este Paciente fue atendido por otro médico a causa de la misma o similar enfermedad/ lesión tal como se describe en la pregunta 3a?

Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, por favor indicar el nombre y dirección del médico :

Certificado Médico



Código Postal

13. ¿El Paciente ha recibido tratamiento hospitalario por cualquier síntoma durante los últimos 24 meses?

Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, por favor indicar los detalles y la fecha del tratamiento :

___/___/___

14. Embarazo UNICAMENTE

a. Fecha de la última menstruación : ___/___/___

b. Fecha de confirmación del embarazo : ___/___/___

c. Estimación de la fecha de nacimiento : ___/___/___

d. Estado exacto de salud durante el embarazo:

15. ¿El Paciente pide la cancelación del viaje con referencia a las condiciones descritas en la pregunta 3a?

Sí No

16. ¿En qué fecha se ha recomendado al Paciente cancelar su viaje?

___/___/___

17. Si la fechas de las respuestas 7 y 16 son diferentes, por favor indica por cual razón :

18. ¿El Paciente decidió viajar contra su asesoramiento médico?

Certificado Médico



Sí No

Si la respuesta es **SÍ**, por favor precisar:

Certifico sobre que las declaraciones contenidas en este certificado médico son verdaderas y exactas

Firma del Médico

Fecha:

__/__/__

Nombre del Médico:

Especialización:

Dirección Postal:

Código Postal:

Teléfono profesional:

Número de fax:

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Sello de certificación: