

**Reclamación por
seguro de viaje**Linkham Services
Unit/Office 36, 88-90 Hatton Garden
London, EC1N 8PN

Ref. reclamación:

Le rogamos que responda a todas las preguntas incluidas en el presente formulario. Si deja campos sin responder, utiliza cruces, guiones o NS/NC nos obligará a devolverle sus formularios de reclamación o a realizarle preguntas innecesarias y, en último término, se retrasará el procesamiento de su reclamación.

IMPORTANTE: NECESITAMOS LOS DETALLES DE SU CUENTA BANCARIA (INCLUIDOS LOS CÓDIGOS IBAN Y SWIFT), YA QUE TODOS LOS REEMBOLSOS SERÁN ABONADOS POR TRANSFERENCIA BANCARIA.

Datos personales - obligatorios para todas las reclamaciones

Datos de la persona reclamante	Sr./Sra.		Domicilio			
	Apellido					
	Nombre					
	Fecha de nacimiento			Código postal		
	Nº de DNI.			Telf. domicilio	Telf. trabajo	
	Nacionalidad			Correo electrónico		
	IBAN					
	SWIFT (BIC)					
	Titular de la cuenta					

Datos de la póliza y del viaje		Tipo e importe de la reclamación	
Número de póliza		Prestación de la póliza	€ reclamados
Fecha de emisión		Gastos médicos en el extranjero	
Fecha de salida		Gastos de hospital	
Fecha de regreso		Prestación por convalecencia	
Nº de personas		Cancelación	
Destino(s)		Retraso en el equipaje	
		Pérdida/daños/robo del equipaje	
		Costes jurídicos	

Importante: Algunas de las prestaciones descritas pueden no incluirse en la póliza en la que usted sea titular.

Enviar una reclamación de seguro fraudulenta constituye un atentado contra la ley. Si su reclamación constituye un fraude la desestimaremos e informaremos a las autoridades.

1. Yo/nosotros por la presente declaro/declaramos que la totalidad de la información, respuestas y documentos aportados en relación con la presente reclamación son ciertos y correctos según mi/nuestro saber y entender. Yo/nosotros no he/hemos omitido ninguna información material que pudiera afectar a la opinión del asegurador de la reclamación. Asimismo confirmo que, en caso de que la reclamación o reclamaciones se realicen a nombre de otra persona, estoy plenamente autorizado para actuar en su representación y que entiendo que ni los Servicios del Centro de Reclamaciones de Linkham Services ni los aseguradores aceptarán responsabilidad alguna sobre cualquier pago que no se distribuya de forma proporcional a las personas implicadas.

2. Yo/nosotros entiendo/entendemos que la información del presente formulario será elevada o utilizada por los Servicios del Centro de Reclamaciones de Linkham Services para la gestión de mi seguro, lo que incluye el aseguramiento, procesamiento y gestión de reclamaciones y la prevención del fraude, también puede incluir la revelación de datos a otros actores o aseguradoras.

3. Yo/nosotros concedo/concedemos mi/nuestra autoridad a los Servicios del Centro de Reclamaciones de Linkham Services para ponerse en contacto con la empresa aseguradora de mi hogar y de salud a fin de obtener más información.

He leído y entiendo la totalidad de la declaración anterior (deben firmar TODAS las personas reclamantes)

Nombre de los reclamantes	Firma de los reclamantes	Fecha de nacimiento	A fecha de

**LINKHAM
SERVICES**

Cancelación - página 1

Ref. reclamación:

Linkham Services
Unit/Office 36, 88-90 Hatton Garden
London, EC1N 8PN

Motivo de la cancelación - Seleccione UNA sola casilla

No médicos Enfermedad Lesión Defunción

Los documentos que debe enviarnos -ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES PERO LE ROGAMOS QUE CONSERVE COPIA

- Facturas de la póliza de seguros y de la reserva del vuelo.
- Si la cancelación se debe a un despido deberá enviarnos una carta de su antiguo empleador que confirme que usted ha sido despedido y que recibirá un pago en virtud de la Legislación sobre Indemnizaciones Económicas por Despido, el cargo que ocupaba y la duración que tuvo su empleo.
- Si la cancelación se debe a motivos médicos, incluyendo la defunción, el médico colegiado que atendió a la persona cuyo estado da pie al envío de la presente reclamación debe completar el certificado médico adjunto.
- Si la cancelación se debe a una defunción, deberá enviar una copia certificada del certificado de defunción. Además, si la persona fallecida estaba asegurada en virtud del Certificado de Seguro sobre el cual se envía la presente reclamación, deberá enviar una copia de los documentos de nombramiento de un administrador judicial que se emitieron con relación al fallecimiento de dicha persona.
- Si la reclamación se debe a una lesión, deberá enviarnos una descripción exhaustiva del incidente que causó la lesión. Si hubiera un tercero involucrado, deberá aportar sus datos personales y, si dispone de ellos, los de su asegurador.
- Si la cancelación se debe a otra razón distinta de las mencionadas en los puntos 3, 4 y 5, deberá enviar una prueba escrita independiente del incidente o de las circunstancias que motivaron la presentación de la reclamación.

Le rogamos que nos facilite una explicación por escrito en caso de no poder aportar alguno de los documentos solicitados.

Le agradeceríamos que responda a TODAS las preguntas siguientes (EN MAYÚSCULAS POR FAVOR)

1. Fecha y hora en la que se percató de la necesidad de cancelar sus vacaciones: /

2. Si la cancelación se debió a una persona que no tenía reserva de viaje, facilítenos su nombre y relación con usted.

Nombre Relación

3. Importe total reclamado

4. Nombres y fecha de nacimiento de todas las personas que efectúan la cancelación.

Nombre	Fecha de nacimiento

5. A continuación enumere los motivos de la cancelación (si es necesario continúe en una hoja aparte)



7. Otro seguro

- a. ¿Los gastos que usted reclama están asegurados por otra póliza de la que disponga usted, p. ej. Póliza anual/Tarjeta de crédito?
N.B.: Es una práctica habitual aplicar un pago de cotización cuando 2 pólizas cubren la misma pérdida.

- b. En caso afirmativo, debe facilitarnos los siguientes datos:

Nombre de la empresa	
Dirección de la empresa	
Nº de póliza	

8. Reclamaciones anteriores

- a. ¿Ha realizado previamente reclamaciones del seguro de viaje?

- b. En caso afirmativo, aporte los detalles:

9. Condiciones de salud

En la fecha en que organizó su viaje, ¿estaba usted, algún familiar o miembro de su grupo o pariente cercano o alguna persona de la que pudiera depender el viaje:

- a. cerciorados de la(s) condición(es) del conjunto de circunstancias que pudieran dar pie a formular una reclamación? "

- b. ¿Usted, algún familiar cercano o cualquier otra persona de la que dependieran sus planes de viaje (incluyendo a compañeros no familiares) :

i) padecían un estado de salud en curso (o cualquier otra complicación médica directamente atribuible a dicho estado) que requiriese la observación de un médico colegiado durante los últimos 12 meses?

ii) presentaban un estado de salud para el cual se les hubiera prescrito alguna medicación o tratamiento distintos a los propios de un achaque menor por parte de un médico colegiado en los 90 días precedentes al período de seguro?

iii) fueron hospitalizados en los últimos 12 meses o estaban en lista de espera para alguna operación, consulta o exploración?

iv) esperaban dar a luz antes o en el plazo de 8 semanas a su llegada a casa?

v) estuvieron viajando contra las recomendaciones del médico o con el fin de recibir algún tratamiento médico?

vi) recibieron algún diagnóstico terminal?

¿Le facilitó su médico algún documento en relación a lo anterior? En caso afirmativo, le rogamos que nos envíe una copia del mismo.

Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, le rogamos que aporte más detalles sobre la situación o hecho en cuestión:
