

**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**

Certificado médico

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

Ref. reclamación:

El médico colegiado que atendió a la persona cuya enfermedad/lesión da derecho a esta reclamación debe rellenar el presente certificado.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Cualquier coste aplicado por la realización del presente certificado médico es responsabilidad del asegurado y no se le reembolsarán en virtud de esta Póliza de Seguros.
- Le rogamos que responda a todas las preguntas. No se aceptarán cruces, guiones, NS/NC.
- Esta información se tratará de forma privada y confidencial.
- Para que sea válido el certificado debe incluir toda la información específica que se solicita.

1. Nombre completo de las personas cuyo estado da pie a la reclamación:

2. Fecha de nacimiento

3. ¿Es usted el médico colegiado que atendió a la persona que figura en el punto 1?

SÍ

NO

(a) En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?

(b) En caso negativo, ¿cuál es su relación con este asunto?

4. Describa con exactitud la naturaleza del estado de salud/enfermedad/lesión/causa de la muerte, que da pie a la presente reclamación.

Si la lesión o la muerte fueron provocadas por una lesión, describa cómo se produjo

5. ¿El paciente ha sufrido la misma situación o alguna de similar con anterioridad?

SÍ

NO

6. (a) Anote la fecha exacta en la que se manifestó el estado descrito en el punto 4.

(b) Fecha de la primera consulta.

(c) Fecha de un deterioro grave, si procede.

Le rogamos que describa aquellos estados de salud, incluyendo los que considera anteriores o en curso, que hayan sido investigados o tratados, y para los que se haya prescrito medicación, se hayan efectuado consultas o ingresos en un centro hospitalario, en los últimos 24 meses. También debe indicar aquellos casos en los que se haya rechazado algún tratamiento.

7. ¿La persona ha estado de baja por enfermedad? ¿Durante cuánto tiempo?

SÍ

NO

8. ¿La persona que figura en el punto 1 recibió un diagnóstico terminal?

SÍ

NO

En caso afirmativo, ¿en qué fecha se efectuó el diagnóstico terminal a: (a) la persona que figura en el punto 1?

(b) la persona reclamante, si no se trata de la misma persona?

9. Si la reclamación es consecuencia de un embarazo, anote:

(a) La fecha de confirmación del embarazo

(b) El último período menstrual.

(c) La fecha estimada del parto.

10. (a) ¿La persona que figura en el punto 1, en caso de que hubiera realizado un viaje, le consultó con anterioridad al viaje la idoneidad de irse de vacaciones o de viaje? En caso afirmativo, ¿en qué fecha?

SÍ

NO

(b) En caso de que hubiera realizado un viaje, la persona que figura en el punto 1, en su opinión, estaba en condiciones de viajar en la fecha de su marcha?

SÍ

NO

11. ¿Está en condiciones de certificar que, exclusivamente por las razones que se describen en el punto 4, los reclamantes estaban obligados a cancelar el viaje que habían organizado?

SÍ

NO

A completar por el médico colegiado

He examinado a la persona que figura en el punto 1 y/o a la que se hace mención en su historial médico, y declaro que la información aportada es correcta y que no he omitido ningún detalle que sea relevante para el caso.

Nombre (En letras)

Titulación

Dirección

Sello médico.

Firma

Fecha