

**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**

Ref. reclamación:

Antes de incurrir en gastos, debe llamar obligatoriamente a la plataforma Linkham Services (consulte el número de teléfono en nuestro correo electrónico de confirmación) para llegar a un acuerdo con el reembolso de los costes.

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

- 1. Factura de la póliza de seguros.
- 2. Tarjeta de embarque.
- 3. Los recibos originales de todos los gastos generados; le rogamos que enumere los recibos y anote el número en la columna que lleva por título " Recibo N° " cuando complete la Pregunta 7.
- 4. Si responde " sí " a la pregunta 4, que figura más abajo, deberá solicitarle a su médico que rellene el certificado médico adjunto.
- 5. Si esta reclamación la envía en nombre de una persona asegurada que haya fallecido le exigimos que aporte las copias del certificado de defunción y el Acta probatoria del Testamento/Los documentos de nombramiento de un administrador judicial. Si la persona asegurada falleció por causa de una enfermedad y no por una lesión, el certificado médico adjunto deberá incluir el nombre del médico habitual.
- 6. Cualquier prueba del reembolso efectuado por otra compañía aseguradora.
- 7. Cualquier prueba documental que corrobore los gastos económicos que todavía sigue asumiendo.
- 8. Cualquier documento escrito de otra(s) aseguradora(s) o de entidades de tarjetas de crédito que declare que rechazaron cubrir los gastos.

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 que se ha iniciado la enfermedad o lesión.

 / /

2. País y ciudad en que ha ocurrido la enfermedad o lesión.

3. Descripción de la enfermedad o lesión.

4. Historial médico anterior

¿Ha sufrido anteriormente la situación que le ha llevado a enviar esta reclamación, o una situación similar? Marque la respuesta correcta

 SÍ NO

5. Datos del Hospital/Clinica.

Nombre

Dirección

Telf./ Fax

Doctor que le atendió

6. Si estuvo hospitalizado, le rogamos que complete el siguiente cuestionario:

(a) Fecha de ingreso y de alta / / / /

(b) ¿Se puso en contacto con Linkham Services? SÍ NO

(c) En caso afirmativo, complete (d) y (e). De no ser así, le rogamos que nos facilite una explicación por escrito de por qué no lo hizo.

(d) Fecha de la primera llamada / /

(e) N° de referencia

7. Gastos médicos (continúe en una hoja aparte si fuera necesario)

N° de recibo	Fecha	Descripción del artículo	Factura de	Moneda	Importe	Tarifa exacta	Abonado S/N	Para uso exclusivo de la



Ref. reclamación:

8a. ¿Es titular de algún sistema de asistencia privado (p.ej. BUPA, PPP), seguro de accidente personal o cualquier otro seguro de viaje (seguro incluido en su tarjeta de crédito)?

SÍ

NO

8b. En caso afirmativo, le rogamos que a continuación nos facilite los detalles y adjunte una copia del programa de la póliza

Nº de póliza

Dirección de la compañía aseguradora

Fecha de renovación

Empresa aseguradora

9. ¿Solicitó el/los formulario(s) E111 al Departamento de Salud para su viaje?

SÍ

NO

"¿Ha realizado alguna reclamación en virtud del formulario E111 y ha recibido algún reembolso?"

SÍ

NO

En caso afirmativo, ¿por qué importe? (Le rogamos que adjunte alguna prueba al respecto.)

10. Reclamaciones anteriores

a. ¿Ha realizado anteriormente alguna reclamación sobre gastos médicos generados en el extranjero?"

SÍ

NO

b. En caso afirmativo, le rogamos que nos aporte los detalles:

11. 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? "

SÍ

NO

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?

SÍ

NO

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?

SÍ

NO

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

SÍ

NO

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

SÍ

NO

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

SÍ

NO

vi) recibieron algún diagnóstico terminal?

SÍ

NO

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

SÍ

NO

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

12. ¿Espera recibir o enviará alguna otra cuenta?

SÍ

NO

En caso afirmativo, le rogamos que nos facilite los detalles en una hoja separada.

Notas importantes

i) Cualquier deducción por franquicia aplicable a cada reclamación tal como se detalla en la Política de Términos y Condiciones deberá pagarse antes de establecer los gastos detallados en la pregunta 7. Si la hubiera abonado al Hospital o al Doctor en el Extranjero, le rogamos que adjunte el recibo. En caso contrario debería enviar a Linkham Services, y adjunto a este formulario, un giro al portador por la cantidad de la franquicia.

ii) El pago de los gastos admisibles por lo general se realiza a favor del demandante. Si desea que el pago se efectúe a favor de otra persona le rogamos que adjunte los detalles de la persona en cuestión.