

Formulari de reclamació per cancel·lació



Motiu de la cancel·lació – si us plau, marqueu

NOMÉS UNA opció:

Defunció

Malaltia

Lesió

No mèdic

Si la cancel·lació ha estat causada per una persona que no viatjava i que no estava assegurada per la vostra pòlissa, si us plau, indiqueu la vostra relació amb aquesta persona:

Si la cancel·lació s'ha portat a terme per motius mèdics, el metge de capçalera habitual de la persona, la condició de la qual ha causat la cancel·lació del viatge, ha d'omplir el certificat mèdic adjunt.

- | | | |
|----|---|-------------|
| 1. | Data i hora en què us vareu adonar de la necessitat de cancel·lar les vacances | ___/___/___ |
| 2. | Data i hora en què vareu informar el vostre agent de viatges o l'operador turístic de la necessitat de cancel·lar les vacances: | ___/___/___ |
| 3. | Informació del cost de les vacances i dels càrrecs de cancel·lació | € _____ |
| 4. | Vacances organitzades <input checked="" type="radio"/> | € _____ |
| | Reservades per separat <input type="radio"/> | € _____ |
| | Costos dels bitllets: | € _____ |
| | Costos d'allotjament: | € _____ |
| | Excursions reservades: | € _____ |
| | Altres despeses (ex. aparcaments, hotels d'aeroport, transport): | € _____ |
| | Devolucions deduïdes rebudes o notificades | € _____ |
| | Quantitat total reclamada: | € _____ |

Si us plau, confirmeu la forma de pagament de les vacances (ex. efectiu, targeta de crèdit/dèbit) Si vareu fer el pagament amb targeta de crèdit, si us plau, proporcioneu una còpia de l'extracte bancari que mostri el pagament.

Formulari de reclamació per cancel·lació



4. Nom i dates de naixement de tots els que cancel·len el viatge:

Tractament	Nom complet	Data de naixement	Ocupació

5. Si us plau, detal·leu els motius de la cancel·lació a continuació:

Si us plau, ompliu una de les següents opcions, si és aplicable al motiu de la cancel·lació:

Acomiadament:

Data de notificació de
l'acomiadament:

___ / ___ / ___

Data d'inici de l'acomiadament:

___ / ___ / ___

Formulari de reclamació per cancel·lació



Any en què es us vareu
unir a l'empresa:

Si us plau, confirmeu si el sou estava subjecte a les retencions de l'IRPF:

Si No

Ens haureu d'enviar una CÒPIA de la carta del vostre patró que confirmi el vostre acomiadament.

Accident de trànsit:

Data de l'accident

___ / ___ / ___

Ubicació:

Número d'informe de
la policia:

Marca del vehicle:

Mode del vehicle:

Nom i adreça de
l'asseguradora
dels tercers:

Ens haureu d'adjuntar una CÒPIA de l'informe de la policia sobre l'incident anterior.

Accident laboral (o similar):

Data de notificació de l'incident:

___ / ___ / ___

Nom de l'empresa:

Adreça de l'empresa:

Nom i adreça de
la companyia
d'assegurances:

Formulari de reclamació per cancel·lació



Ens haureu de proporcionar una CÒPIA de la carta o informe del vostre patró que confirmi els detalls de l'incident

Teniu algun tipus de compte bancari/targeta de crèdit que us ofereixi una assegurança de viatge gratuïta que cobreixi les circumstàncies relacionades amb aquesta reclamació?

Si No

En cas afirmatiu, si us plau confirmeu la següent informació:

Número de la targeta: _____

Banc emissor: _____

Tipus de targeta (Gold, Platinum, Standard): _____

Heu presentat una reclamació a tercers?

Si No

En cas afirmatiu, si us plau, detalleu la informació: _____

Existeix alguna altre pòlissa que podria cobrir les circumstàncies relacionades amb aquesta reclamació? Altres pòlisses, Barclaycard, American Express

Si No

En cas afirmatiu, si us plau, detalleu la informació: _____

Formulari de reclamació per cancel·lació



Si la reclamació està relacionada amb una lesió, si us plau, confirmeu la següent informació:

1. Resum de les circumstàncies que van donar lloc a l'accident

2. Si hi va haver tercers involucrats, el nom i l'adreça d'aquests i les dades de la seva assegurança, si es coneixen

3. En el cas que hàgiu presentat una demanda per danys i perjudicis contra tercers, si us plau, indiqueu el nom i l'adreça de l'advocat que hagi estat designat i el seu número de referència

4. Si no hi va haver tercers involucrats, si us plau, expliqueu qui o què va tenir la culpa i per què

Formulari de reclamació per cancel·lació



Si s'accepta la vostra reclamació

Confirmeu el nom del beneficiari:

Nom del banc:

Sucursal:

Número de sucursal bancària:

Número de compte:

Titular del compte:

Tipus de compte (corrent, Gold, Platinum, etc.):

Declaració: IMPORTANT - Si el formulari no està signat, la sol·licitud de reclamació serà denegada i retornada.

Declaro que tot el que s'ha exposat anteriorment és cert i correcte segons el meu parer. No he ocultat cap informació relacionada amb aquesta reclamació segons el meu parer. Estic d'acord en proporcionar a l'asseguradora tota la informació addicional que sigui necessària. Entenc que l'asseguradora no reconegui cap responsabilitat per l'emissió d'aquest formulari. **ADVERTÈNCIA - Presentar una reclamació fraudulenta o exagerada és un delicte penal.**

Investiguem tots els casos i qualsevol persona sospitosa de frau serà denunciada a la policia, amb qui sempre cooperem.

LLEI DE PROTECCIÓ DE DADES

La indústria d'assegurances aplica una sèrie d'iniciatives de lluita contra el frau. La informació proporcionada en aquest formulari pot ser emmagatzemada electrònicament i compartida amb altres organitzacions per aquestes raons. Entenc que podeu demanar informació a altres organitzacions per a comprovar les respostes que he proporcionat.

IMPORTANT

En el cas que el responsable sigui un tercer, tots els drets seran subrogats a favor dels asseguradors o dels seus agents en totes les resolucions d'aquesta reclamació.

Signatura:

Data: ___/___/___