

Formulari de reclamació per despeses mèdiques i interrupció del viatge



Si us plau, marqueu

Malaltia

Lesió

1. Data i hora de la lesió o de l'inici de la malaltia:

2. País on va ocórrer la lesió o malaltia:

3. Descripció completa/diagnòstic de la lesió o la malaltia:

4. Història clínica prèvia

Havíeu patit de la condició per la qual es fa aquesta reclamació, o qualsevol condició relacionada, abans d'adquirir l'assegurança, reservar les vacances o viatjar?

Sí No

En cas afirmatiu, si us plau, demaneu al vostre metge que ompli el certificat mèdic adjunt

5. Dades de l'hospital/clínica on us vareu fer el

tractament: Nom:

Adreça:

Telèfon: (si es coneix)

Nom del metge tractant: (si es coneix)

Formulari de reclamació per despeses mèdiques i interrupció del viatge



6. Si vareu estar ingressats, si us plau, ompliu la següent informació:

a) Data de l'ingrés:

___ / ___ / ___

b) Data de l'alta

___ / ___ / ___

c) Vareu contactar amb l'empresa d'assistència mèdica indicada a la vostra pòlissa?

Sí No

Si la resposta és **negativa**, si us plau, expliqueu-nos per escrit per què no vareu contactar amb l'assistència mèdica:

Si la resposta és afirmativa, si us plau, confirmeu la data de la primera trucada:

___ / ___ / ___

Persona amb qui vareu parlar i el número de referència:

d) Portàveu la targeta sanitària europea (TSE)?

Sí No

La vareu entregar al doctor/hospital?

Sí No

e) Teniu alguna assegurança mèdica privada (ex. BUPA, AXA, etc.)?

Sí No

Si en teniu, si us plau, confirmeu el proveïdor, el número de pòlissa i l'adreça de l'assegurador:

Formulari de reclamació per despeses mèdiques i interrupció del viatge



Si us plau, feu una llista de les despeses mèdiques que reclameu:

Si us plau, feu una llista de les despeses que reclameu i el tractament rebut	Moneda pagada i quantitat	Rebut adjunt	Indiqueu a qui s'ha de fer el pagament
		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"/>	

Interrupció - Si us plau, ompliu aquesta secció NOMÉS si vareu tornar a casa més aviat del que teníeu previst

Motiu de la interrupció:

Malaltia Lesió Malaltia/lesió o defunció d'un parent Altres

Motiu de la interrupció:

Si el motiu de la interrupció va ser una malaltia/lesió o una defunció d'algú que no consta a la vostra pòlissa, si us plau, confirmeu la vostra relació amb aquesta persona:

Formulari de reclamació per despeses mèdiques i interrupció del viatge



Data del retorn:

Sí No

Número de dies complets no usats:

Estàveu acompanyats?

Sí No

Si ho estàveu, indiqueu amb qui:

Vareu contactar amb l'empresa d'emergència indicada a la vostra pòlissa?

Sí No

Si la resposta és negativa, si us plau, expliqueu-nos per escrit per què no vareu contactar amb l'assistència d'emergència:

Si la resposta és afirmativa, si us plau, confirmeu la data de la primera trucada:

Persona amb qui vareu parlar i el número de referència:

Vareu contactar amb la companyia aèria, ferroviària o de ferri per reorganitzar les dates del viatge? Sí No

Formulari de reclamació per despeses mèdiques i interrupció del viatge



Si us plau, ompliu la taula següent i enumereu qualsevol despesa addicional efectuada per tornar a casa:

Si us plau, feu una llista de les despeses que reclameu i el tractament rebut	Moneda pagada i quantitat	Rebut adjunt	Indiqueu a qui s'ha de fer el pagament
		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"/>	

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?

Sí 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?

Sí No

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

Formulari de reclamació per despeses mèdiques i interrupció del viatge



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

Sí No

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

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 despeses mèdiques i interrupció del viatge



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 delictes penal.**

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

Formulari de reclamació per despeses mèdiques i interrupció del viatge



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: ___/___/___
