



Formulario de reclamación por viajes

Para ayudarnos a procesar rápidamente su reclamación, le rogamos seguir las instrucciones a continuación:

1. Por favor complete un formulario de reclamación individual por cada reclamación y por cada persona asegurada.
2. Si usted está presentando una reclamación después de sufrir un accidente o una lesión, por favor complete las secciones A, B, H & I en su totalidad.
3. Si está presentando una reclamación por un incidente no relacionado con su salud, o por pérdida de equipaje, por favor complete las secciones A y de la D a la H como corresponda.
4. Si está presentando una reclamación después de sufrir un accidente personal, por favor complete las secciones A, C, H & I en su totalidad.
5. Le rogamos que nos envíe este formulario debidamente completado a la oficina de administración de reclamaciones de GBG, International Claims Services (ICS), junto con TODOS los recibos originales y facturas relacionados a la reclamación, además de una prueba de viaje (por ejemplo, confirmaciones del viaje por correo electrónico, recibos de la reservación, tiquetes.) Estas reclamaciones deben ser recibidas por GBG dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la pérdida o del inicio del tratamiento.

A. DETALLES DEL ASEGURADO PRINCIPAL	
Nombre (Apellido, nombre, inicial segundo nombre) :	Número de la póliza:
Dirección:	
Código postal/ZIP:	Teléfono:
Correo electrónico:	Fax:
Moneda de la Póliza: <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> GB£	La denominación del beneficio máximo y del excedente de la póliza está determinada por la denominación en la que se compró la póliza de viaje.
DETALLES DEL RECLAMANTE (si son diferentes a los indicados anteriormente)	
Nombre (Apellido, nombre, inicial segundo nombre) :	
Dirección:	
Código postal/ZIP:	Teléfono:
Ocupación:	
El viaje era: <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> De negocios	
Fechas del viaje (MM/DD/AA):	A partir de: Hasta:
¿La reclamación resulta de un accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
DECLARACIÓN	
<p>Para fines de protección de datos, yo/nosotros reconocemos que todo dato personal que he/hemos entregado por motivos de esta reclamación será mantenido y procesado por la administración del seguro para la investigación de la reclamación. Para este fin, la información puede también ser compartida con terceras partes y reaseguradores seleccionadas.</p> <p>Yo/nosotros damos nuestro consentimiento para el procesamiento de todo dato privado mío/nuestro y de otras personas aseguradas en virtud de este contrato.</p> <p>Yo/nosotros comprendemos que todos los datos personales que entregamos deben ser correctos y que yo/nosotros contamos con el consentimiento específico de todas las otras personas aseguradas para divulgar sus datos personales.</p> <p>Yo/nosotros damos nuestro consentimiento para la consulta de datos de parte de otras aseguradoras, agencias de crédito y de otras agencias de información a fines de verificación de las respuestas que hemos entregado y autorizamos la divulgación de estas informaciones.</p> <p>Yo/nosotros declaramos la transferencia de todos los derechos de subrogación y de recuperación relativos a acuerdos, a la aseguradora y/o a sus ajustadores. Favor de notar que tenemos derecho a indemnización por salvamento y que ejercitaremos estos derechos cuando proceda.</p> <p>Yo/nosotros declaramos que, según mi leal saber y entender, la información presentada en este formulario es correcta y está completa.</p>	
Persona Asegurada	Asegurado principal
Nombre:	Nombre:
Firma:	Firma:
Al teclear mi nombre en este formulario, lo estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma escrita manualmente.	Al teclear mi nombre en este formulario, lo estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma escrita manualmente.
Fecha:	Fecha:



B. GASTOS MÉDICOS Y BENEFICIOS HOSPITALARIOS

Naturaleza de la enfermedad/lesión:

Fecha en que ocurrió la enfermedad/la lesión (MM/DD/AA):

Hora en que ocurrió la enfermedad/la lesión (MM/DD/AA):

Donde ocurrió la enfermedad/la lesión:

Favor describir en detalles la forma en que ocurrió la lesión:

Nombre del médico/doctor familiar y personal del reclamante (aunque no se le haya consultado):

Dirección del médico/doctor familiar y personal de la familia:

Número de teléfono:

Número de fax:

Correo electrónico:

Nombre y dirección de los médicos y/o de los hospitales donde se recibió el tratamiento:

Si el tratamiento fue recibido durante una hospitalización, favor de confirmar las fechas de dicha hospitalización:

Fue contactada la compañía de asistencia en emergencias:

Sí

No

Si no, favor de explicar por qué no:

Estaba embarazada la persona asegurada:

Sí

No

Si sí, de cuántas semanas:

Si la persona asegurada ha padecido alguna enfermedad, la ha padecido anteriormente:

Sí

No

Si sí, favor de brindar más detalles:

La persona asegurada tiene seguro médico privado:

Sí

No

Si es así, favor de dar los detalles de la compañía aseguradora, incluyendo nombre, dirección y número de póliza:

ÚNICAMENTE PARA CIUDADANOS DE LA UE

Se llevó al viaje una TSE (Tarjeta Sanitaria Europea): Sí No

¿Fue presentada al hospital/médico? Sí No



C. ACCIDENTE PERSONAL
¿Cuándo ocurrió la lesión o (en caso de muerte) el fallecimiento?
Favor de detallar la naturaleza de la pérdida o cómo ocurrió el fallecimiento:
¿La lesión o el fallecimiento fue resultado de causas naturales?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si sí, favor de brindar más detalles:
En caso de muerte, debe obtenerse un certificado de defunción emitido por una autoridad competente y la copia original debe ser presentada a International Claims Service.

D. VIAJE CANCELADO O ACORTADO. El beneficio por cancelación o acortamiento de viaje está sujeto a un deducible por evento. Por favor, haga referencia a su póliza para conocer el monto del deducible.
¿Cuándo fue reservado el viaje? (MM/DD/AA):
¿Cuándo fue cancelado/acortado el viaje? (MM/DD/AA):
Por favor explique en detalles porque fue cancelado o acortado el viaje:
Si la cancelación no está relacionada con la persona que viaja, favor de confirmar el nombre de la persona quien causó la cancelación del viaje y su relación con la(s) persona(s) que viaja:
Si el viaje fue acortado, ¿fue contactada la compañía de asistencia en emergencias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Se incurrieron gastos adicionales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si sí, favor de agregar en este espacio detalles y enviar todas las facturas y todos los recibos relacionados junto con este formulario de reclamación:
Favor de confirmar a quién debe pagársele el reembolso:

DOCUMENTOS ADICIONALES NECESARIOS
Si se canceló el viaje debido a una lesión/enfermedad de la persona que viajaba, necesitamos una confirmación escrita del médico general de que la persona asegurada no podía viajar.
Si se canceló el viaje debido a una lesión/enfermedad de una tercera parte, necesitamos una confirmación escrita del médico general de la tercera parte sobre la enfermedad/lesión.
Favor de también agregar:
- Documentación que respalde la cancelación del viaje por cualquier otro factor no descrito anteriormente.
- La factura original de la reservación.
- La factura de la cancelación detallando los cargos incurridos.



E. ATRASO DE VIAJE / SALIDA PERDIDA	
Motivos por viaje atrasado/salida perdida:	
VIAJE ATRASADO	
Fecha y hora planificada de salida:	
Número/Referencia de Vuelo/Ferry/Otros transportes:	
Fecha y hora real de salida:	
Número/Referencia de Vuelo/Ferry/Otros transportes:	
Número de horas de retraso:	
Nombre de la compañía aérea/ferry/otros transportes:	
SALIDA PERDIDA	
Punto de salida:	Punto de conexión perdida:
Método de transporte utilizado para llegar al punto de salida:	
Favor de confirmar cómo volvió a iniciar su viaje:	
Monto reclamado:	

F. EQUIPAJE, EFECTOS PERSONALES, DINERO Y DOCUMENTOS. El beneficio por Pérdida/Robo de equipaje está sujeto a un deducible por evento. Por favor, haga referencia a su póliza para conocer el monto del deducible.		
Fecha de la pérdida o del robo (MM/DD/AA):	Hora:	
Favor describir en detalles la forma en que ocurrió la pérdida o robo, incluyendo la ubicación:		
Favor de confirmar si la pérdida/robo fue reportada y ante qué autoridades (policía/aerolínea/operador turístico/hotel, etc.), incluyendo la dirección completa y la referencia:		
Si la pérdida implica cheques de viajero, efectivo, crédito, cheques, tarjeta bancaria, favor de incluir la fecha en que el emisor fue informado:		
DETALLES DEL ARTÍCULO		
Descripción completa del artículo 1:		
Donde fue comprado:	Fecha de compra (MM/DD/AA):	
Precio pagado:	Costo actual:	Monto reclamado:
Descripción completa del artículo 2:		
Donde fue comprado:	Fecha de compra (MM/DD/AA):	
Precio pagado:	Costo actual:	Monto reclamado:
INFORMACIÓN ADICIONAL		
Proporcione detalles de cualquier otra póliza de seguro que tenga y que pueda contribuir para cubrir esta pérdida, por ejemplo seguro inmobiliario, seguro médico privado, seguro personal de viaje, seguro de tarjeta de crédito, etc.:		
Nombre del Aseguradora:	Número de la póliza:	
Dirección:		



DOCUMENTOS ADICIONALES NECESARIOS

- En caso de una pérdida personal de equipaje, todo incidente DEBE ser reportado ante la policía local dentro de 24 horas. Un número de incidente y de reporte de pérdida debe ser obtenido y presentado al International Claims Services.
- Si la pérdida ocurre en el aeropuerto o en el avión, el incidente DEBE ser reportado a la aerolínea dentro de 24 horas por medio de un Informe de Incidente. Necesitamos que este Informe de Incidente sea enviado junto con este formulario de reclamación.
- Proporcione prueba de compra original/de propiedad, por ejemplo, recibos, declaraciones bancarias o de tarjetas de crédito, fotografías, material de empaque, manuales de instrucciones y valoraciones.
- Favor de notar que podemos hacer una deducción sobre la reclamación si la prueba de compra no se presenta y/o el desgaste si corresponde.
- Si los artículos ya han sido reemplazados, favor de enviar las facturas o recibos del reemplazo.

G. PÉRDIDA DE PASAPORTE

Favor confirmar donde se perdió el pasaporte:

Favor de proporcionar detalles sobre los gastos incurridos para reemplazar el pasaporte, incluyendo recibos:

H. MÉTODO DE REEMBOLSO

Favor de reembolsar: Asegurado principal Proveedor (Pago por cheque)

MÉTODO DE REEMBOLSO: Solicite el método preferido de reembolso a continuación.

Cheque dirigido al asegurado principal, enviado a la dirección que se encuentra en la sección DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL.

Cheque enviado a otra dirección postal:

Pago electrónico por depósito directo (bancos EE.UU. únicamente) o por transferencia electrónica (bancos fuera de EE.UU.)

Nombre del banco:

Nombre en la cuenta:

Número de cuenta/IBAN:

#Ruta/#ABA (para depósitos electrónicos directos):

Código SWIFT (para transferencias electrónicas):

Dirección bancaria (para transferencias electrónicas):



I. AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por este medio autorizo a todo médico u otro profesional de la salud, hospital u otro establecimiento de cuidados de la salud, farmacia, proveedor de servicios médicos, empleador, administrador de planes de beneficios, o toda Agencia del gobierno federal, estatal o local a usar y divulgar cualquier información médica tal como lo describe esta autorización. Más aun, a divulgar toda información médica o de otro tipo que se encuentre en su posesión o control a **International Claims Services (ICS)** y/o a sus abogados, ya sea directamente o por medio de un agente representativo que actúe en su representación, toda información médica que pueda solicitar, incluyendo, pero sin limitarse a, registros médicos, informes, gráficas, notas sobre rayos X, películas e informes de laboratorio.

También autorizo por la presente la divulgación de toda información médica relativa al diagnóstico, cuidado y tratamiento por abuso de alcohol, narcóticos o por salud mental. Además, autorizo la divulgación de todo registro de facturación que se encuentre en su posesión o bajo su control.

También autorizo a **ICS**, a sus representantes o agentes, a divulgar la información obtenida en relación a esta autorización a los proveedores de cuidados de la salud, a las aseguradoras, reaseguradoras o administradores de reclamaciones, y a toda agencia gubernamental como lo consideren necesario para fines de evaluación y administración de toda reclamación por beneficios. Asimismo, entiendo que la información puede ser divulgada de la siguiente manera:

A otras personas u organizaciones que lleven negocios o presten servicios legales relacionados con cualquier reclamación;
De la manera exigida legalmente;
A cualquier persona o representante legalmente autorizado tal como ya lo he indicado;
Así como lo autorice más adelante, o según sea necesario para prevenir o detectar la comisión de fraude.

Esta «Autorización de divulgación de información médica» puede revocarse en cualquier momento, excepto al grado que una acción haya sido tomada en buena fe, y, si no es revocada anteriormente por escrito, seguirá siendo válida durante dos (2) años a partir de la fecha de firma. Conuerdo con que una fotocopia, una copia enviado por correo electrónico o fax de la autorización será aceptada y será tan válida como la original. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

Persona Asegurada

Nombre:

Firma:

Al teclear mi nombre en este formulario, lo estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma escrita manualmente.

Fecha:

Favor de enviar el formulario de reclamación completado y los documentos de apoyo (INCLUYENDO LA PRUEBA DE VIAJE) a:

International Claims Services:
Email: claims@diveassure.com
Fax: +1.270.294.0720