



Formulaire de réclamation DiveAssure

**Si vous avez besoin d'une assistance médicale d'urgence, appelez
+44 (0) 20 3137 3673 immédiatement**

NGS a été nommé pour fournir des services d'assistance médicale d'urgence et des réclamations de l'Avent pour traiter votre réclamation. Pour nous aider à traiter votre réclamation rapidement, suivez ces directives:

1. Remplissez **un formulaire de réclamation distinct** pour chaque réclamation et pour chaque personne assurée.
2. Si vous déposez **une réclamation après un accident ou une blessure**, remplissez les sections A, B, H et I.
3. Si vous déposez une réclamation pour un incident non **médical ou la perte de bagages personnels**, remplissez les sections A et D - H selon le cas.
4. Si vous déposez **une réclamation pour décès accidentel**, remplissez les sections A, C, H et I.
5. Envoyez ce formulaire rempli à **ngsclaims@advent.claims** avec TOUTES les factures d'origine liées à la réclamation plus un bon de voyage (par exemple, confirmations de voyage par e-mail, factures de réservation, billets). Ç

NGS Advent DOIT recevoir tous les envois dans les **90 JOURS** suivant la date de la perte ou du début du traitement.

A. PRIMARY INSURED DETAILS / DÉTAILS DU PRINCIPAL ASSURÉ	
Prénom et nom:	Numéro de police::
Domicile:	
Code postal:	Téléphone de contact:
E-mail:	
Devise de la politique: <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> GB£ Autre (précisez)	Des franchises de réclamation peuvent s'appliquer à chaque prestation. L'avantage maximum et le type de devise des franchises sont déterminés par la devise dans laquelle votre police de voyage a été souscrite.
DÉTAILS DU RÉCLAMANT (si différent de ce qui précède)	
Prénom et nom:	
Domicile:	
Code postal:	Téléphone de contact:
Profession:	
Raison du voyage: <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Travail	
Date du voyage: (DD/MMM/YYYY, i.e., 01/MAYO/2015) De: À:	
¿ La réclamation résulte-t-elle d'un accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
DÉCLARATION	

À des fins de protection des données, nous reconnaissons que toutes les données personnelles sécurisées par moi / nous à la suite de cette réclamation seront conservées et traitées pour l'administration des assurances et l'enquête sur les réclamations. À cette fin, les informations peuvent également être transmises à des tiers et réassureurs sélectionnés.

- Je consens / nous consentons au traitement de données sensibles sur moi / nous et les autres personnes qui peuvent être assurées en vertu du contrat.
- Je comprends / nous comprenons que toutes les données personnelles que je / nous fournissons doivent être exactes et j'ai / nous avons le consentement spécifique de ces autres personnes assurées pour divulguer leurs données personnelles.
- Je consens / nous acceptons les demandes d'informations d'autres assureurs, bureaux de crédit et autres informations pour vérifier les réponses que nous avons fournies et autoriser la divulgation de ces informations.
- Je déclare / déclare qu'au moment du règlement, je transfère tous les droits de subrogation et de recouvrement à l'assureur et / ou à son expert en sinistre. Veuillez noter que nous avons des droits de récupération et / ou de récupération et nous les exercerons le cas échéant.
- Je déclare / déclare que, à notre connaissance, les informations présentées sur ce formulaire sont correctes et complètes.

Une copie de notre politique de confidentialité des données est disponible sur demande.

Personne assurée	Assuré principal / titulaire de la police (si différent)
Prénom et nom:	Prénom et nom:
Signature: En écrivant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement et cette signature électronique est l'équivalent légal de ma signature manuscrite.	Signature : En écrivant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement et cette signature électronique est l'équivalent légal de ma signature manuscrite.

B. MEDICAL EXPENSES & HOSPITAL BENEFIT / FRAIS MÉDICAUX ET AVANTAGES DE L'HÔPITAL

Nature de la maladie / blessure:	
Date à laquelle la maladie / blessure s'est produite (DD/MM/YYYY):	Heure à laquelle la maladie / blessure s'est produite:
Où la maladie / blessure est survenue:	
Fournissez une description détaillée de la façon dont la blessure s'est produite:	
Nom du médecin / médecin de famille du demandeur (même s'il n'a pas été consulté):	
Adresse personnelle du ou des médecins de famille:	
Téléphone de contact:	Email:
Nom et adresse du (des) médecin (s) et / ou hôpital (s) d'où le traitement a été reçu:	
Si le traitement a été administré à l'hôpital en tant que patient hospitalisé, confirmez les dates	
Si la personne assurée a souffert d'une maladie, l'a-t-elle déjà souffert? <input type="checkbox"/> Oui (fournir plus de détails) <input type="checkbox"/> Non	
La personne assurée était-elle enceinte? <input type="checkbox"/> Oui (combien de semaines) _____ <input type="checkbox"/> Non	
Si la personne assurée a souffert d'une maladie, l'a-t-elle déjà souffert?? <input type="checkbox"/> Oui (fournir plus de détails) <input type="checkbox"/> Non	
L'assuré a-t-il une assurance maladie privée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si OUI, fournissez les coordonnées de la compagnie d'assurance, y compris le nom, le prénom, l'adresse et le numéro de police.	
Montant réclamé en vertu de cette section:	

UNIQUEMENT POUR LES CITOYENS DE L'UE	
¿ La carte européenne d'assurance maladie (CEAM) a été utilisée pendant le voyage? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ¿ Il a été présenté à l'hôpital / au médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
C. QUARANTINE EXPENSES / FRAIS DE QUARANTAINE	
Date du diagnostic du Covid-19 :	Période de quarantaine :
Pays de quarantaine :	Frais d'hébergement :
Autres coûts :	
Montant réclamé :	
D. ACCIDENTAL DEATH / DÉCÈS ACCIDENTEL	
Quand la mort est-elle survenue?	
Veuillez expliquer comment le décès s'est produit:	
La cause du décès est-elle due à des causes naturelles?: <input type="checkbox"/> Oui (fournir plus de détails) <input type="checkbox"/> Non	
Montant réclamé en vertu de cette section:	
En cas de décès, un certificat de décès délivré par une entité autorisée doit être obtenu et la copie originale doit être envoyée à ngsclaims@advent.claims	
E. CANCELLATION OR CURTAILMENT / ANNULATION OU INTERRUPTION	
Quand le voyage a-t-il été réservé? (DD/MM/YYYY):	
¿ Quand le voyage a été annulé / interrompu? (DD/MM/YYYY):	
Veuillez expliquer en détail pourquoi le voyage a été annulé / interrompu:	
Si l'annulation n'était pas due à la personne voyageant, confirmez le nom de la personne qui a causé l'annulation du voyage et sa relation avec la personne voyageant:	
Si le voyage a été écourté, avez-vous contacté la compagnie d'assistance d'urgence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
¿ Des dépenses supplémentaires ont-elles été engagées?? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (fournir les détails ci-dessous et soumettre toutes les factures / reçus avec cette réclamation)	
Confirmez à qui le remboursement doit être payé:	
Montant réclamé en vertu de cette section:	

DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS

Si le voyage a été annulé en raison d'une blessure / maladie de la personne voyageant, nous avons besoin d'une confirmation écrite du médecin généraliste informant que la personne assurée n'était pas apte à voyager.

Si le voyage a été annulé en raison d'une blessure / maladie d'un tiers, nous avons besoin d'une confirmation écrite du médecin généraliste confirmant la blessure / maladie.

Veillez également fournir:

- Documentation justifiant l'annulation / l'interruption du voyage pour tout autre facteur non décrit précédemment.
- Facture de la réservation d'origine.
- Facture d'annulation indiquant les frais encourus..

F. LOST DIVING DAYS / JOURS DE PLONGÉE PERDUS

Dates de plongée originales (MM/JJ/AAAA) :

Dates des jours de plongée perdus (MM/JJ/AAAA) :

Fournissez une explication détaillée de la raison pour laquelle les jours de plongée ont été perdus :

Montant réclamé en vertu de cette section :

G. TRAVEL DELAY/MISSED DEPARTURE / RETARD DE VOYAGE/DÉPART MANQUÉ

Raison du retard de voyage / perte de départ:

RETARD DE VOYAGE

Date et heure du départ prévu:

Numéro de vol / ferry / autre transport:

Date et heure du nouveau départ:

Nouveau vol / ferry / autre numéro de transport:

Nombre d'heures de retard:

Nom de la compagnie aérienne / ferry / autre compagnie de transport:

Montant réclamé en vertu de cette section:

DÉPART MANQUÉ

Point de départ:

Point de connexion perdu:

Moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ:

Veillez confirmer comment votre voyage a recommencé:

Montant réclamé en vertu de cette section :

H. BAGGAGE, PERSONAL EFFECTS, MONEY & DOCUMENTS / BAGAGES, EFFETS PERSONNELS, ARGENT ET DOCUMENTS

Date de perte ou de dommage: (DD/MM/YYYY):

Heure:

Fournissez une description détaillée de la façon dont la perte / le dommage s'est produit, y compris l'emplacement:

<p>Veillez confirmer le moment où la perte / le dommage a été signalé et à quelle autorité (par exemple police / compagnie aérienne / voyageur / hôtel, etc.), inclure l'adresse complète et la référence:</p>		
<p>Si la perte est liée aux chèques de voyage, chèques, espèces, crédit, carte bancaire, indiquez la date de notification à l'émetteur:</p>		
<p>DÉTAILS DE L'ARTICLE</p>		
<p>Description complète de l'article 1:</p>		
Où a-t-il été acheté:		Date d'achat (DD/MM/YY):
Prix payé:	Coût actuel:	Montant réclamé:
<p>Description complète de l'article 2:</p>		
Où a-t-il été acheté:		Date d'achat (DD/MMYY):
Prix payé	Coût actuel:	Montant réclamé:
<p>ADDITIONAL INFORMATION / INFORMACIÓN ADICIONAL</p>		
<p>Veillez fournir des détails sur toutes les autres polices d'assurance que vous avez, si vous pensez que vous ne pouvez pas contribuer à cette perte, par exemple, assurance habitation, assurance maladie privée, assurance voyage personnelle, assurance carte de crédit, etc.:</p>		
Nom de l'assuré :		Numéro de police:
<p>Adresse:</p>		
<p>DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - En cas de perte de bagages personnels, tous les incidents DOIVENT être signalés à la police locale dans les 24 heures. Un numéro d'incident et un rapport de perte doivent être obtenus et envoyés à ngsclaims@advent.claims. - Si la perte s'est produite à l'aéroport ou à bord de l'avion, l'incident DOIT être signalé à la compagnie aérienne dans les 24 heures via un rapport d'incident. Nous exigeons que le rapport d'incident soit soumis avec ce formulaire de réclamation. - Fournir une preuve d'achat / propriété d'origine, c'est-à-dire des reçus, des relevés de carte bancaire, des photographies, des emballages, des manuels d'instructions, des évaluations, etc... - Veuillez noter que nous pouvons déduire la réclamation si la preuve d'achat n'est pas fournie et / ou si l'usure est applicable. - Si les articles ont déjà été remplacés, envoyez la facture ou le reçu de remplacement. 		
<p>I. LOSS OF PASSPORT / PERTE DE PASSEPORT</p>		
<p>Veillez confirmer où le passeport a été perdu:</p>		
<p>Veillez fournir des détails sur les dépenses engagées pour remplacer le passeport, y compris les reçus:</p>		
<p>J. REIMBURSEMENT METHOD / MÉTHODE DE REMBOURSEMENT</p>		
<p>Notre mode de paiement préféré est électronique, pour vous assurer de recevoir votre paiement dans les plus brefs délais, bien que nous puissions émettre des chèques dans la plupart des pays.</p>		
<p>Veillez rembourser à: <input type="checkbox"/> Assuré principal <input type="checkbox"/> Fournisseur</p>		
<p>Nom de la banque:</p>		
<p>Nom du bénéficiaire:</p>		
<p>Numéro de compte / IBAN:</p>		
<p>Chemin # / ABA #:</p>		
<p>Code de classification ou code SWIFT:</p>		
<p>Adresse bancaire:</p>		

K. AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION / AUTORISATION DE PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES

J'autorise par la présente tout médecin ou autre professionnel de la santé, hôpital ou établissement lié aux soins de santé, pharmacie, fournisseur de soins de santé, employeur, administrateur de régime d'avantages sociaux et tout organisme gouvernemental fédéral, d'État ou local, avec une copie complète de toutes les informations médicales à utiliser et à divulguer, comme décrit dans la présente autorisation. En plus de divulguer toute information médicale et autre que vous possédez ou contrôlez à **NGS / Advent Claims** et / ou à leurs avocats, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un agent représentant agissant en votre nom, toutes les informations médicales qu'ils peuvent demander, y compris dossiers médicaux, rapports, tableaux, graphiques, notes radiographiques, films et rapports de laboratoire.

J'autorise également la divulgation de toutes les informations médicales concernant le diagnostic, les soins et le traitement de l'abus d'alcool, des drogues ou de la santé mentale. De plus, j'autorise la publication de tous les relevés et relevés de facturation en ma possession ou sous mon contrôle.

J'autorise également NGS / Advent Claims, leurs représentants ou leurs agents à divulguer les informations obtenues en vertu de cette autorisation aux fournisseurs de soins de santé, aux assureurs, aux réassureurs ou aux administrateurs des réclamations, ainsi qu'à tout organisme gouvernemental que je juge approprié uniquement aux fins de évaluer et gérer toute demande de prestations. De plus, je comprends que les informations peuvent être divulguées comme suit:

À d'autres personnes ou organisations qui fournissent des services commerciaux ou juridiques en relation avec toute réclamation:

Comment peut-il être légalement requis;

- À toute personne ou représentant légalement autorisé comme je l'ai indiqué;
- Comment puis-je autoriser davantage; ou selon les besoins pour prévenir ou détecter la perpétration de fraude.

Cette "Autorisation de divulgation d'informations médicales" est susceptible d'être révoquée à tout moment, sauf dans la mesure où des mesures fiables ont été prises à cet égard et, sauf révocation écrite préalable, restera valable pendant deux (2) ans, à partir de la date de signature. J'accepte d'accepter une photocopie, une copie par courriel ou une télécopie de l'autorisation et aussi valide que l'original.

Je sais que je peux demander et recevoir une copie de cette autorisation

Prénom et nom:	Date:
Signature:	
En écrivant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement, et cette signature électronique est l'équivalent légal de ma signature manuscrite.	

Envoyez le formulaire de réclamation rempli et les pièces justificatives (INCLUANT LE TEST DE VOYAGE) à:

NGS / Advent:

ngsclaims@advent.claims

Pour toute question ou requête liée à votre réclamation, appelez le +44 (0) 20 3137 3673 et sélectionnez l'option **1**

Avis de confidentialité

Les données personnelles sont collectées et stockées lors de l'évaluation de votre réclamation, ce qui est soumis à notre politique de confidentialité. Une demande pour cet avis de confidentialité et la façon dont vos données personnelles sont utilisées et conservées est disponible sur demande.

Formulaire d'autorisation de représentant personnel

Envoyez le formulaire de réclamation rempli et TOUTES les informations et la documentation à l'appui à NGS / Advent:

ngsclaims@advent.claims

A. INSURED / ASSURÉ	
Prénom et nom:	
Numéro de police :	Réclamation #:
Date de naissance: (DD/MMM/YYYY)	
Adresse:	
Code postal:	Pays:
Téléphone de contact:	Email:
B. PERSONAL REPRESENTATIVE / REPRÉSENTANT PERSONNEL	
Prénom et nom:	
Date de naissance (DD/MM/YYYY):	
Adresse:	
Code postal:	Pays:
Téléphone de contact:	Email:
C. AUTHORIZATION / AUTORISATION	
<p>J'autorise que les informations confidentielles détenues par NGS et Advent Claims soient divulguées et / ou reçues par des individus ou des organisations indiqués ci-dessous avec leur signature. Je comprends que j'ai le droit, sur demande, de recevoir une copie de ce formulaire signé..</p> <p>J'autorise par la présente la demande et la divulgation de mes informations confidentielles qui sont conservées à mon représentant personnel. En désignant la personne nommée ci-dessous comme mon représentant personnel, je comprends que j'autorise cette personne à accéder à mes informations confidentielles et mes dossiers médicaux, le droit de parler de mes soins de santé et le droit de prendre des décisions impérieuses.</p> <p>Cette "autorisation de représentant personnel" est susceptible d'être révoquée à tout moment, sauf dans la mesure où des mesures ont été prises en vertu des présentes et, si elle n'est pas révoquée par écrit auparavant, restera valable pendant deux (2) ans à partir de la date de signature. J'accepte d'accepter une copie de l'autorisation par e-mail et aussi valide que l'original. Je sais que je peux demander à recevoir une copie de cette autorisation.</p>	
Personne assurée	Représentant personnel
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Signature: En écrivant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement et cette signature électronique est l'équivalent légal de ma signature manuscrite.	Signature: En écrivant mon nom sur ce formulaire, je signe électroniquement et cette signature électronique est l'équivalent légal de ma signature manuscrite.
Date:	Date:

Avis de confidentialité

Les données personnelles sont collectées et stockées lors de l'évaluation de votre réclamation, ce qui est soumis à notre politique de confidentialité. Une demande est disponible pour cette copie de cet avis de confidentialité et la façon dont vos données personnelles sont utilisées et conservées.