



Formulario de Reclamación DiveAssure

En caso de que necesite asistencia médica de emergencia, llame al +44 (0) 20 3137 3673 inmediatamente

NGS ha sido designado para proporcionar servicios de asistencia médica de emergencia y Advent Claims para gestionar su reclamación. Para ayudarnos a procesar su reclamación rápidamente, siga estas pautas:

1. Complete **un formulario de reclamación por separado** para cada reclamación y para cada persona asegurada.
2. Si presenta **una reclamación después de un accidente o lesión**, complete las Secciones A, B, H e I.
3. Si presenta **una reclamación por un incidente no médico o pérdida de equipaje personal**, complete las Secciones A y D - H según corresponda.
4. Si está presentando **una reclamación por muerte accidental**, complete las Secciones A, C, H e I.
5. Envíe por correo electrónico este formulario completo a **ngsclaims@advent.claims** con TODAS las facturas originales relacionadas con la reclamación más un comprobante de viaje (por ejemplo, confirmaciones por correo electrónico del viaje, facturas de reserva, billetes). NGS Advent DEBE recibir todos los envíos dentro de los **90 DÍAS** siguientes a la fecha de la pérdida o comienzo del tratamiento.

A. PRIMARY INSURED DETAILS / DETALLES DEL ASEGURADO PRINCIPAL		
Nombre y Apellidos:	Nº Póliza:	
Domicilio:		
Código Postal:	Teléfono de contacto:	
E-mail:		
Moneda de la Póliza:	<input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> GB£ Otro (especificar)	Puede ser que se apliquen deducibles de reclamo a cada beneficio. El beneficio máximo y el tipo de moneda de los deducibles de la póliza están determinados por la moneda con la que se compró su póliza de viaje.
CLAIMANT DETAILS (if different from above) / DETALLES DEL RECLAMANTE (si es diferente al anterior)		
Nombre y Apellidos:		
Domicilio:		
Código Postal:	Teléfono de contacto:	
Occupation:		
Motivo del viaje:	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Trabajo
Fecha del viaje: (DD/MMM/YYYY, i.e., 01/MAYO/2015)		
¿La reclamación es el resultado de un accidente??	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
DECLARATION / DECLARACIÓN		

Para fines de protección de datos, reconocemos que cualquier dato personal asegurado por mí / nosotros como resultado de esta reclamación será retenido y procesado para la administración del seguro y la investigación de reclamaciones. Para este propósito, la información también se puede transmitir a terceros y reaseguradores seleccionados.

- Yo/nosotros consentimos que procesen datos sensibles sobre mí / nosotros y otras personas que puedan estar aseguradas bajo el contrato.
- Yo/nosotros entendemos que todos los datos personales que yo / nosotros proporcionamos deben ser precisos y yo / nosotros tenemos el consentimiento específico de esas otras personas aseguradas para revelar sus datos personales.
- Yo/nosotros consentimos que se solicite información de otras aseguradoras, agencias de crédito y otra información para verificar las respuestas que hemos proporcionado y autorizamos la divulgación de dicha información.
- Declaro/declaramos que, en el momento de la liquidación, transfiero todos los derechos de subrogación y recuperación al Asegurador y/o su Ajustador de pérdidas. Tenga en cuenta que tenemos derechos de recuperación y/o recuperación y ejerceremos estos derechos cuando corresponda.
- Declaro/declaramos que, según nuestro conocimiento, la información presentada en este formulario es correcta y completa.

Está disponible bajo pedido una copia de nuestra Política de privacidad de datos

Insured Person / Asegurado	Primary Insured/Policyholder (if different) / Asegurado primario / titular de la póliza (si es diferente)
Nombre y Apellidos:	Nombre y Apellidos:
Firma: Al escribir mi nombre en este formulario, estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita manual.	Firma: Al escribir mi nombre en este formulario, estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita manual.

B. MEDICAL EXPENSES & HOSPITAL BENEFIT / GASTOS MÉDICOS Y BENEFICIOS HOSPITALARIOS

Fecha en que ocurrió la enfermedad/lesión (DD/MM/YYYY):	
Donde ocurrió la enfermedad/lesión:	
Proporcione una descripción detallada de cómo ocurrió la lesión:	
Nombre del médico / médico de familia personal del reclamante (incluso si no se consultó):	
Domicilio personal médico de familia/médicos:	
Teléfono de contacto:	Email:
Nombre y dirección del (de los) médico (s) y/u hospital (es) del que se recibió el tratamiento.:	
Si el tratamiento se administró en el hospital como paciente interno, confirme las fechas:	
Si la persona asegurada ha sufrido una enfermedad, ¿ha sufrido esto antes? <input type="checkbox"/> Sí (proporcione más detalles) <input type="checkbox"/> No	
¿Estaba embarazada la persona asegurada? <input type="checkbox"/> Si (de cuántas semanas) _____ <input type="checkbox"/> No	
Si la persona asegurada ha sufrido una enfermedad, ¿ha sufrido esto antes? <input type="checkbox"/> Sí (proporcione los detalles) <input type="checkbox"/> No	
¿La persona asegurada tiene seguro médico privado? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No En caso de ser SI, proporcione los detalles de la compañía de seguros, incluyendo el nombre, apellidos, dirección y número de póliza.	
Fecha en que ocurrió la enfermedad/lesión (DD/MM/YYYY):	
Cantidad reclamada bajo esta sección:	

FOR EU CITIZENS ONLY / SOLO PARA CIUDADANOS DE LA UE

¿Se utilizó la Tarjeta Europea de Seguro de Salud (EHIC) en el viaje? Yes No

¿Fue presentado al hospital/médico? Yes No

C. QUARANTINE EXPENSES / GASTOS DE CUARENTENA

Fecha del diagnóstico de Covid-19:

Período de cuarentena:

País de cuarentena:

Gastos de alojamiento:

Otros gastos:

Cantidad reclamada bajo esta sección:

D. ACCIDENTAL DEATH / MUERTE ACCIDENTAL

¿Cuándo ocurrió la muerte?

Por favor detalle cómo ocurrió la muerte:

¿La causa de la muerte fue como resultado de causas naturales?: Sí (proporcione los detalles) No

Cantidad reclamada bajo esta sección:

En caso de fatalidad, se debe obtener un Certificado de defunción emitido por una entidad autorizada, y se debe enviar la copia original a ngsclaims@advent.claims

E. CANCELLATION OR CURTAILMENT / CANCELACIÓN O INTERRUPCIÓN

¿Cuándo se reservó el viaje? (DD/MM/YYYY):

¿Cuándo se cancelación/interrumpió el viaje? (DD/MM/YYYY):

Proporcione una explicación detallada de por qué el viaje fue cancelado/interrumpido:

Si la cancelación no se debió a la persona que viajaba, confirme el nombre de la persona que causó la cancelación del viaje y su relación con la persona que viaja:

Si el viaje se acortó, ¿se contactó con la Compañía de Asistencia de Emergencia? Si No

¿Se incurrió en gastos adicionales? Yes No
(proporcione los detalles a continuación y envíe todas las facturas/recibos con este reclamo)

Confirme a quién se le debe pagar el reembolso:

Cantidad reclamada bajo esta sección:

ADDITIONAL DOCUMENTS REQUIRED / DOCUMENTOS ADICIONALES REQUERIDOS

Si el viaje se canceló debido a una lesión/enfermedad de la persona que viaja, requerimos una confirmación por escrito del médico general informando que la persona asegurada no era apta para viajar.

Si el viaje se canceló debido a una lesión/enfermedad de un tercero, requerimos una confirmación por escrito del médico general del tercero que confirme la lesión/enfermedad.

Por favor también proporcione:

- Documentación que respalde la cancelación/interrupción del viaje por cualquier otro factor no descrito anteriormente.

- Factura de la reserva original.
- Factura de cancelación que muestra los cargos incurridos.

F. LOST DIVING DAYS / DÍAS DE BUCEO PERDIDOS

Fecha original de buceo (DD/MM/YYYY):

Fecha de los días de buceo perdidos (DD/MM/YYYY):

Proporcione una explicación detallada de por qué se perdieron los días de inmersión:

Cantidad reclamada bajo esta sección:

DOCUMENTOS ADICIONALES REQUERIDOS

Si los días de buceo se cancelaron debido a una lesión/enfermedad del asegurado, se requiere una confirmación por escrito por parte de un médico general en la cual describa que la persona asegurada no era apta para bucear.

Si los días de buceo se cancelaron debido a una lesión/enfermedad de un tercero a bordo de un barco, se requiere una confirmación por escrito por parte del capitán del barco, el proveedor del viaje o el líder del viaje.

Si los días de buceo se cancelaron debido a las condiciones climáticas, se requiere una confirmación por escrito por parte del capitán del barco, el proveedor del viaje o el líder del viaje.

Por favor, proporcione:

- Documentación que respalde la cancelación de las inmersiones por cualquier otro factor no descrito anteriormente.
- Factura original de la reserva de buceo.

G. TRAVEL DELAY/MISSED DEPARTURE / RETRASO DE VIAJE / SALIDA PERDIDA

Motivo del retraso del viaje/salida pérdida:

TRAVEL DELAY / RETRASO DE VIAJE

Fecha y hora de salida programada:

Numero de Vuelo/Ferry/Otro transporte:

Fecha y hora de nueva salida:

Nuevo número de Vuelo/Ferry/Otro transporte:

Número de horas retrasadas:

Nombre de la Aerolínea/Ferry/Otra Compañía de Transporte:

Cantidad reclamada bajo esta sección:

MISSED DEPARTURE / SALIDA PERDIDA

Punto de Partida:

Punto de Partida:

Método de transporte utilizado para llegar al punto de partida:

Por favor, confirme cómo reanudó su viaje:

Cantidad reclamada:

H. BAGGAGE, PERSONAL EFFECTS, MONEY & DOCUMENTS / EQUIPAJE, EFECTOS PERSONALES, DINERO Y DOCUMENTOS

Fecha de pérdida o daño: (DD/MM/YYYY):

Hora:

Proporcione una descripción detallada de cómo ocurrió la pérdida /daño, incluya la ubicación:

Confirme cuándo se informó la pérdida/daño y a qué autoridad (por ejemplo, policía/aerolínea/operador turístico/hotel, etc.), incluya la dirección completa y la referencia:

Si la pérdida está relacionada con cheques de viaje, cheques, efectivo, crédito, tarjeta bancaria, indique la fecha en que se notificó al emisor:

ITEM DETAILS / DETALLES DEL ARTÍCULO

Descripción completa del artículo 1:

Dónde fue comprado:	Dónde fue comprado:
---------------------	---------------------

Precio pagado:	Precio pagado:	Precio pagado:
----------------	----------------	----------------

Descripción completa del artículo 2:

Dónde fue comprado:	Dónde fue comprado:
---------------------	---------------------

Precio pagado:	Precio pagado:	Precio pagado:
----------------	----------------	----------------

ADDITIONAL INFORMATION / INFORMACIÓN ADICIONAL

Proporcione detalles de cualquier otra póliza de seguro que tenga, ya sea que piense que no pueda contribuir a esta pérdida, por ejemplo, seguro de hogar, seguro médico privado, seguro de viaje personal, seguro de tarjeta de crédito, etc.:

Nombre del Asegurado:	Nombre del Asegurado:
-----------------------	-----------------------

Domicilio:

ADDITIONAL DOCUMENTS REQUIRED / DOCUMENTOS ADICIONALES REQUERIDOS

- En caso de pérdida de equipaje personal, todos los incidentes DEBEN ser reportados a la policía local dentro de las 24 horas. Se debe obtener un número de incidente e informe de pérdida y enviarlo a **ngsclaims@advent.claims**.
- Si la pérdida ocurrió en el aeropuerto o en la aeronave, el incidente DEBE ser informado a la aerolínea dentro de las 24 horas a través de un Informe de Incidentes. Requerimos que el Informe de Incidente se envíe con este formulario de reclamación.
- Proporcione comprobante de compra/propiedad original, es decir, recibos, extractos de tarjetas bancarias, fotografías, embalajes, manuales de instrucciones, valoraciones, etc.
- Tenga en cuenta que podemos hacer una deducción en la reclamación si no se proporciona un comprobante de compra y/o si es aplicable el uso y desgaste.
- Si los artículos ya han sido reemplazados, envíe la factura o recibo de reemplazo.

I. LOSS OF PASSPORT / PÉRDIDA DE PASAPORTE

Por favor confirme dónde se perdió el pasaporte:

Proporcione detalles de los gastos incurridos para reemplazar el pasaporte, incluidos los recibos:

J. REIMBURSEMENT METHOD / MÉTODO DE REEMBOLSO

Nuestro método de pago preferido es electrónico, para así para garantizar que reciba su pago lo antes posible, aunque podemos emitir cheques en la mayoría de los países.

Por favor reembolsar a: Asegurado Principal Proveedor

Nombre del Banco:

Nombre del beneficiario:

Cuenta #/IBAN:	
Ruta #/ABA #:	
Código de clasificación o código SWIFT:	
Domicilio del Banco:	
K. AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION / AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA	
<p>Por la presente, autorizo a cualquier médico u otro profesional de la salud, hospital o centro relacionado con la atención médica, farmacia, proveedor de servicios médicos, empleador, administrador del plan de beneficios y cualquier agencia del gobierno federal, estatal o local, con una copia completa de toda la información médica para uso y divulgación como se describe en esta autorización. Además de divulgar cualquier información médica y de otro tipo que posea o controle a NGS/Advent Claims y/o sus abogados, ya sea directamente o por medio de un agente representativo que actúe en su nombre, toda la información médica que puedan solicitar, incluyendo, entre otros, registros médicos, informes, cuadros, gráficos, notas de rayos X, películas e informes de laboratorio.</p> <p>También autorizo a la divulgación de toda la información médica sobre diagnóstico, atención y tratamiento por abuso de alcohol, abuso de drogas o salud mental. Además, autorizo la publicación de todos y cada uno de los registros y declaraciones de facturación que tenga en su poder o control.</p> <p>También autorizo a NGS/Advent Claims, a sus representantes o a sus agentes a divulgar información obtenida de conformidad con esta autorización a proveedores de servicios de salud, aseguradores, reaseguradores o administradores de reclamaciones, y a cualquier agencia gubernamental que considere apropiada únicamente con el propósito de evaluar y administrar cualquier reclamación de beneficios. Además, entiendo que la información puede divulgarse de la siguiente manera:</p> <p>A otras personas u organizaciones que realizan servicios comerciales o legales en relación con cualquier reclamación: Cómo puede ser legalmente requerido;</p> <ul style="list-style-type: none"> - A cualquier persona o representante legalmente autorizado como lo he indicado; - Como puedo autorizar más; o según sea necesario para prevenir o detectar la perpetración de fraude. <p>Esta "Autorización para la divulgación de información médica" está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas confiables al respecto y, si no se revoca antes por escrito, seguirá siendo válido por dos (2) años a partir de la fecha de la firma. Acepto que se acepte una fotocopia, una copia por correo electrónico o una copia de fax de la autorización y tan válida como la original. Sé que puedo solicitar y recibir una copia de esta Autorización</p>	
Nombre:	Fecha:
Firma:	
Al escribir mi nombre en este formulario, estoy firmando electrónicamente, y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita manual.	

Envíe el formulario de reclamación completo y los documentos de respaldo (INCLUIDA LA PRUEBA DE VIAJE) a:

NGS / Advent:

ngsclaims@advent.claims

Para cualquier pregunta o consulta relacionada con su reclamación, llame al +44 (0) 20 3137 3673 y seleccione la opción 1

Aviso de Privacidad

Los datos personales se recopilan y se guardan al evaluar su reclamación y esto está sujeto a nuestro Aviso de privacidad. Está disponible a pedido una solicitud de este Aviso de privacidad y cómo se usan y mantienen sus datos personales.

Formulario De Autorización De Representante Personal

Envíe el formulario de reclamación completo y TODA la información y documentación de respaldo a NGS/Advent:

ngsclaims@advent.claims

A. INSURED / ASEGURADO	
Nombre y Apellidos:	
Nº Póliza #:	Nº Póliza #:
Fecha de Nacimiento: (DD/MMM/YYYY, i.e., 23/NOV/1988)	
Domicilio:	
Código Postal:	País:
Teléfono de contacto:	Email:
B. PERSONAL REPRESENTATIVE / REPRESENTANTE PERSONAL	
Nombre y Apellidos:	
Nº Póliza #:	Nº Póliza #:
Fecha de Nacimiento: (DD/MMM/YYYY, i.e., 23/NOV/1988)	
Domicilio:	
Código Postal:	País:
Teléfono de contacto:	Email:
C. AUTHORIZATION / AUTORIZACIÓN	
<p>Autorizo que la información confidencial en poder de NGS y Advent Claims sea divulgada y/o recibida por personas u organizaciones indicadas a continuación con su firma. Entiendo que tengo derecho, previa solicitud, a recibir una copia de este formulario firmado.</p> <p>Por la presente, autorizo la solicitud y divulgación de mi información confidencial que se mantiene a mi representante personal. Al designar a la persona nombrada a continuación como mi representante personal, entiendo que estoy autorizando a esta persona a acceder a mi información confidencial y a mis registros médicos, el derecho a hablar sobre mi atención médica y el derecho a tomar decisiones que me obliguen.</p> <p>Esta "Autorización de Representante Personal" está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud del presente y, si no se ha revocado antes por escrito, seguirá siendo válida durante dos (2) años a partir de la fecha de la firma. Acepto que se acepte una copia de la autorización por correo electrónico y tan válida como la original. Sé que puedo solicitar recibir una copia de esta Autorización.</p>	
Persona Asegurada	Representante Personal
Nombre y Apellidos:	Nombre y Apellidos:
Firma: Al escribir mi nombre en este formulario, estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita manual.	Firma: Al escribir mi nombre en este formulario, estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manuscrita manual.
Fecha:	Fecha:

Aviso de Privacidad

Los datos personales se recopilan y se guardan al evaluar su reclamación y esto está sujeto a nuestro Aviso de privacidad. Está disponible una solicitud de esta copia de este Aviso de privacidad y cómo se usan y mantienen sus datos personales.