

Aviso de siniestro

número de reclamo: _____

Gastos de anulación

Estimado cliente

Lamentablemente, usted debió anular su viaje. Para que podamos brindarle una cobertura de seguro rápidamente y sin complicaciones, necesitamos que nos facilite algunos datos importantes. Le pedimos que complete esta notificación de siniestro y que adjunte, si corresponde, la siguiente documentación.

- Documentación de viaje (liquidación de anulación y confirmación de reserva)
- Certificado médico / partida / denuncia de defunción
- Certificado médico (a partir de un importe de EUR 1.000,-, que debe ser completado por el médico tratante)
- Copia de la póliza de seguro

Muchas gracias por su colaboración.

Preguntas sobre el/la tomador(a) del seguro (beneficiario)

nombre: _____

primer nombre: _____

fecha de nacimiento: _____

calle/número de casa: _____

código postal/Lugar: _____

teléfono (durante el día accesible): _____

Dirección de correo electrónico: _____

número de cuenta (IBAN): _____

código bancario (BIC/SWIFT): _____

Consultas sobre otras coberturas de seguro

1. ¿Está asegurado en otra compañía para cubrir los gastos de anulación? ☐ Sí ☐ No

Cía. aseguradora _____

Póliza n° _____

Preguntas sobre el viaje planificado

2. Fecha del contrato de reserva: _____

3. Fecha de la anulación _____

4. ¿Cuántas personas han hecho la reserva juntas? _____

5. ¿Cuántas de ellas han anulado el viaje? _____

6. ¿Cuál es la relación entre los pasajeros? _____

Preguntas sobre el hecho

7. ☐ Enfermedad grave inesperada ☐ Accidente ☐ Fallecimiento ☐ Otros: _____

Breve resumen del caso: _____

Confirmación y poder

ERV queda eximida de la obligación de realizar la prestación, si una vez ocurrido el siniestro la persona asegurada intenta engañar a ERV de manera deliberada sobre circunstancias importantes para el fundamento o la cuantía de la prestación.

Autorizo a los médicos, instituciones de salud y a las aseguradoras de todo tipo de la sociedad ERV a otorgar toda la información requerida y por el presente eximo a los mencionados de su deber legal de guardar silencio.

Lugar y fecha _____

Firma del causante del daño o del representante legal _____

Lugar y fecha _____

Firma del asegurado o del representante legal _____

Certificado Médico

número de reclamo:

Fragen zum Ereignis

1. Fecha del primer tratamiento relacionado con este hecho: hora del día
2. Diagnóstico preciso (sin abreviaturas):
3. ¿Se indicaron tratamientos o controles posteriores? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Cuándo se enfermó o se accidentó el/la paciente? fecha:
5. ¿Estos reclamos fueron atendidos con anterioridad una vez o varias veces? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿en qué periodo de tratamiento? fecha:
6. Anamnesis:
7. ¿Se produjo un deterioro grave imprevisto? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique el momento.
8. ¿El/la paciente no estaba en condiciones de trabajar? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, desde: hasta:
9. ¿Se realizó un tratamiento hospitalario? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿desde cuándo y hasta cuándo? (Adjuntar una copia del informe del alta médica).
10. ¿Se realizó una operación? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indicar fecha de la operación:
11. ¿Cuál es la fecha precisa acordada para la operación? fecha:

Preguntas sobre la aptitud para viajar.

12. Al reservar el viaje, ¿existían reparos del médico para que se inicie el viaje? ☐ Sí ☐ No
Fundamentación:
13. ¿Cuándo se reconoció por primera vez que el viaje no podría realizarse por la situación de salud?
fecha:
¿Por qué motivo?
14. ¿Informó el/la paciente sobre sus planes para viajar? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuándo? fecha:
15. ¿Desde cuándo considera que el/la paciente estuvo apto/a para viajar? fecha:

Otras consideraciones:

Lugar y fecha

Sello y firma