



Viaje a corto plazo

ACE Formulario de reclamación por cancelación/interrupción de viaje

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

TELÉFONO: 1 (888) 951-4ARM (4276) | FAX: (301) 453-7060

CORREO ELECTRÓNICO: claims@adventistrisk.org

Cómo presentar una reclamación

1. Complete todos los ítems en el formulario de reclamación adjunto.
2. Adjunte los siguientes documentos:
 - Copias de los documentos de viaje originales y de reemplazo; por ejemplo, pasajes de avión.
 - Toda documentación de la empresa de transporte; por ejemplo, una carta de una aerolínea.
 - Un informe médico, si la cancelación se debe a una enfermedad, de la persona o de un familiar.
 - Copia del certificado de defunción, si la cancelación se debe a una muerte en la familia.
3. Envíe el formulario de reclamación completo y firmado junto con toda la documentación requerida a:

Adventist Risk Management, Inc.

Claims and Legal Services

12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904

Correo electrónico: claims@adventistrisk.org

Teléfono: 1 (888) 951-4ARM (4276)

Fax: (301) 453-7060

4. Conserve una copia para sus registros.

Por favor, familiarícese con el resumen de beneficios suministrado en la solicitud de su póliza de seguro. En la póliza se indican estipulaciones, limitaciones y exclusiones. ACE Insurance Company toma la determinación final acerca del pago o rechazo de todas las reclamaciones.

UN TASADOR DE RECLAMACIONES SE COMUNICARÁ CON USTED SI SE NECESITA INFORMACIÓN
O DOCUMENTACIÓN ADICIONAL.

ENVIAR POR CORREO A:

Claims & Legal Services
Adventist Risk Management
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904

Teléfono: (301) 453-7400 | 1-888-951-4ARM (4276)

Fax: (301) 453-7060

Correo electrónico: claims@adventistrisk.org

ACE American Insurance Company
Cancelación/Interrupción de viaje - PRUEBA DE PÉRDIDA

COMPLETE EN DETALLE PARA GARANTIZAR UNA RÁPIDA GESTIÓN

Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión.

Sección 1 - Información del asegurado			
Nombre del asegurado:			
Apellido	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre.	N.º ID de miembro
Dirección particular::			
N.º y Calle		Ciudad/Pueblo	Estado
Teléfono particular ()		Teléfono laboral ()	
Padre, madre o tutor (si es menor de 18)			
Sección 2 - Información del viaje			
Nombre del programa:			
Líder del grupo:			
Dirección:		Teléfono: ()	
Fecha de partida:		Fecha de regreso programada:	
Fecha de cancelación del viaje:		Fecha del incidente (debe completarse):	
Fecha efectiva de inscripción:			
Sección 3 – Motivo de la reclamación			
Brinde una breve descripción de las circunstancias que ocasionaron su reclamación: (adjuntar páginas adicionales si es necesario)			
Fecha de enfermedad o lesión		Si es enfermedad, ¿ha recibido tratamiento antes?:	
Si es lesión, describa:			
Nombre y dirección del médico responsable:			
Enfermedad o lesión: La declaración del médico debe ser firmada por el paciente y completada por el médico del paciente para que la reclamación pueda procesarse.			
Sección 4 – Declaración del médico			
Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión:			
Fecha de la enfermedad (primer síntoma) o lesión:		Fecha de primera consulta por esta afección:	
Fechas de internación en el hospital: desde hasta		Fecha en que puede volver a trabajar:	
Fechas de incapacidad total: desde hasta		Fechas de incapacidad parcial: desde hasta	
N.º cuenta del paciente:		Suma pagada:	Balance due:
Lugar de servicio:		Código y descripción de diagnóstico:	
MEDIANTE MI FIRMA A CONTINUACIÓN, POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PRECEDENTE ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.			
AUTORIZACIÓN y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS			
Yo, el/la que suscribe, autorizo a cualquier hospital u otra institución de atención médica, médico u otro profesional médico, farmacia, organización de apoyo de seguro, organismo del gobierno, tenedor de póliza colectiva, empresa de seguros, asociación, empleador o administrador del plan de beneficios, a suministrar a la compañía de seguros mencionada anteriormente o a sus representantes, cualquier información con respecto a toda lesión o enfermedad sufrida por, la historia clínica de, o cualquier consulta, receta o tratamiento proporcionado a, la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o pérdida es el fundamento de la reclamación, como también copias de todos los registros médicos u hospitalarios de esa persona, entre ellos la información referida a enfermedad mental y uso de drogas y alcohol, para determinar su elegibilidad para el pago de beneficios bajo el número de póliza indicado anteriormente. Autorizo al tenedor de la póliza, al empleador o al administrador del plan de beneficios a suministrar información financiera y laboral a la compañía de seguros mencionada anteriormente. Entiendo que esta autorización será válida durante el plazo de cobertura de la póliza identificada anteriormente, y que se considerará que una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que tanto yo como mi representante autorizado podemos solicitar una copia de esta autorización. Entiendo que tanto yo como mi representante autorizado podemos revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la compañía de seguros referida a mi intención de revocar.			
Firma del asegurado o del representante autorizado			Fecha
Dirección:			

LAS LEYES DE ALGUNOS ESTADOS NOS EXIGEN QUE LE DEMOS LAS SIGUIENTES NOTIFICACIONES:

ADVERTENCIA. Toda persona que, a sabiendas:

Alaska: y con intención de agraviar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser llevada a juicio bajo la ley estatal.

Arizona, Arkansas y Rhode Island: presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir el pago de una pérdida o de un beneficio, está sujeta a sanciones penales y civiles; o específicamente para **AR y RI:** presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión.

California: Para su protección, la ley de California exige que el siguiente texto aparezca en este formulario:
Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en la prisión estatal.

Delaware: y con intención de agraviar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presenta una declaración de reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía de seguros o a otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede denegar beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información esencialmente falsa relacionada con una reclamación.

Florida: y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamación o una solicitud que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Idaho e Indiana: y con intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa (para Idaho) es culpable de y (para Indiana) comete un delito grave.

Kentucky, Nueva York y Pensilvania: y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho de dicha reclamación, comete un acto fraudulento de seguro. Esto constituye un delito, específicamente para PA: esa persona está sujeta a sanciones penales y, específicamente para NY: también estará sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación para cada una de dichas violaciones.

Luisiana, Nuevo México, Texas y Virginia Occidental: presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir el pago de una pérdida (o específicamente para LA, TX y W VA: que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro) es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en la prisión estatal, (o específicamente para NM: a multas civiles y sanciones penales).

Maryland: y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión.

Nueva Jersey: presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Ohio: con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro.

Oklahoma: y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Oregon: y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho de dicha reclamación, puede estar sujeta a acciones penales por fraude de seguro.

Puerto Rico: y con intención de defraudar presenta información falsa en una solicitud de seguro, o presenta, ayuda u ocasiona la presentación de una reclamación fraudulenta para recibir el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presenta más de una reclamación para el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave y, luego de ser condenada, será sancionada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil (5.000) dólares y no más de diez mil (10.000) dólares, o pena de prisión fija de tres (3) años, o ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, podrá ser reducida a dos (2) años como mínimo.

ADVERTENCIA:

Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden consistir en arresto, multas, denegación del seguro e indemnizaciones por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o demandante, con el propósito de defraudarlos o intentar defraudarlos con respecto a una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la División de Seguros de Colorado, dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Hawái: Presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es un delito que se castiga con multas o prisión, o con ambos.

Maine/Washington: Es delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden consistir en arresto, multas o denegación del seguro.

Minnesota: Una persona que presenta una reclamación con la intención de defraudar o ayudar a cometer fraude contra una compañía de seguros es culpable de un delito.

Nueva Hampshire: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamación que contiene información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a acciones penales y castigo por fraude de seguro, conforme a RSA 638.20.

Tennessee y Virginia: Es delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a un asegurador o compañía de seguros con el propósito de defraudar al asegurador o compañía de seguros. Las sanciones consisten en arresto, multas o denegación de beneficios de seguro.