



Viaje a corto plazo

ACE Formulario de reclamación de efectos personales y dinero

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:
 - Presupuestos de proveedores reconocidos para todos los ítems perdidos o dañados.
 - El recibo original del ítem perdido o dañado, si lo tiene.
 - Denuncia policial, declaración de testigo o declaración de empresa de transporte aéreo.
 - Resguardos para reclamar pérdidas y/o ítems dañados bajo la custodia de una aerolínea.
 - Fotografías, si el elemento está dañado pero no se perdió.
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

Fax: (301) 453-7060

Correo electrónico: claims@adventistrisk.org

ACE American Insurance Company
Formulario de reclamación de efectos personales y dinero

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.

Información del asegurado

3ROLF\ IDPH			3ROLF\		
Nombre del asegurado					
Apellido	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre	N.º ID de miembro		
Nombre de la persona cubierta					
Apellido	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre	Fecha de Nacimiento		
Dirección particular					
N.º y Calle		Ciudad/Pueblo	Estado	Código Postal	
Correo electrónico:		Teléfono particular ()	Teléfono laboral ()		

Detalles de viaje

Tipo de viaje: Negocios/Vacaciones:	
Fecha de pérdida/daño/robo:	País en el que ocurrió el robo:
Detalles de pérdida/daño/robo:	
A quién se denunció pérdida/daño/robo (suministre copia del informe)	Fecha de denuncia de pérdida/daño/robo:

Si el artículo se perdió/fue robado: Describa los pasos tomados para recuperar el/los artículo/s. (Suministre cualquier prueba por escrito)

Si el artículo está dañado: Suministre presupuestos para el costo de reparaciones o documentación de un proveedor reconocido que confirme el daño irreparable. (Por favor, presente recibos/presupuestos/facturas)

¿Algún bien perdido/dañado/robado está asegurado por alguna otra compañía de seguros? Si No

En caso AFIRMATIVO, por favor suministre nombre, dirección, número de teléfono y número de póliza:

Suministre nombre, dirección, número de teléfono y número de póliza de los propietarios de la casa/aseguradores del contenido de la casa:

¿Ha tenido alguna reclamación previa sobre este tipo de seguro? Si No

En caso AFIRMATIVO, suministre detalles completos junto con fechas relevantes:

Notas:

- Todas las pérdidas deberían denunciarse a la policía local y debería obtenerse un informe, que debería remitirse a Adventist Risk Management, Inc..
- Toda pérdida o bien dañado que tuvo lugar bajo la custodia de una aerolínea debería denunciarse, y obtenerse un formulario de parte de irregularidad de equipaje (Property Irregularity Report), que debería remitirse a Adventist Risk Management, Inc. junto con los resguardos del billete.

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 agravar, 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 agravar, 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 agravar, 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 agravar, 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: and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or a statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material hereto, may be subject to prosecution for insurance fraud.

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.