

## Pérdida de uso o invalidez total permanente

Ayúdenos a tramitar su reclamación lo antes posible: rellene todos los datos posibles del formulario de reclamación y firmelo. Una parte de este formulario de reclamación será cumplimentada por el personal médico. Si el formulario no está totalmente cumplimentado, nos veremos obligados a devolvérselo, con el consiguiente retraso en su tramitación.

<u>Datos del asegurado (persona principal de la tabla)</u>	
Número de certificado / póliza .....	
Nombre y apellidos.....	Fecha de nacimiento <input type="text"/> DD/MM/AAAA.
Dirección.....	Población..... Código postal.....
Número de teléfono.....	Dirección de correo electrónico.....
Ocupación.....	
<u>Datos del solicitante (si es distinto del asegurado)</u>	
Nombre y apellidos.....	Fecha de nacimiento: <input type="text"/> DD/MM/AAAA
Dirección.....	Población..... Código postal.....
Número de teléfono.....	Dirección de correo electrónico.....
Ocupación.....	Relación con el asegurado.....
<u>Datos del médico</u>	
Nombre del médico de familia.....	
Dirección.....	Población..... Código postal.....
Número de teléfono.....	Dirección de correo electrónico.....
Nombre del especialista (de haberlo).....	
Dirección.....	Población..... Código postal.....
Número de teléfono.....	Dirección de correo electrónico.....
<u>Información sobre el evento</u>	
¿Cuándo se produjo el accidente? <input type="text"/> DD/MM/AAAA HH:MM	
¿Dónde se produjo el accidente?.....	
¿Cómo se produjo el accidente?.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
¿Qué lesiones sufrió?.....	
.....	
<u>Información sobre su ocupación</u>	
¿Cuál era su ocupación justo antes de su invalidez?.....	
.....	
.....	
¿En qué fecha le impidió su invalidez seguir trabajando? <input type="text"/> DD/MM/AAAA	
Nombre del empleador (de haberlo).....	
Dirección.....	Población..... Código postal.....
Número de teléfono.....	Dirección de correo electrónico.....
Adjunte una descripción de su trabajo. Si no tiene una, describa detalladamente sus obligaciones laborales normales	
.....	
.....	

**Pérdida de uso:**

**Solicita (rodee con un círculo):**

Tetraplejía

Paraplejía

Pérdida de uso de:

Oído en ambos oídos

Vista en un ojo

Habla

Vista en ambos ojos

Pérdida total, permanente e irreversible de una articulación o miembro completo específico

por amputación o

por parálisis o

de movimiento

Un dedo de la mano completo

Un dedo pulgar del pie completo

Un dedo del pie completo (distinto del pulgar)

Hombro

Codo

Cadera

Tobillo

Rodilla

Muñeca

Pierna

Brazo

Otro, indíquelo.....

.....

..

.....

..

**Invalidez total permanente**

¿Es usted permanentemente incapaz de realizar cualquier trabajo remunerado durante el resto de su vida?    Sí     No

En caso afirmativo, indique cuándo recibió ratificación por parte de la Seguridad Social     DD/MM/AAAA

Ofrezca información sobre la ratificación de la Seguridad Social.....

.....

.....

## Declaración médica

*Debe ser cumplimentada por su médico de familia*

Aviso: el solicitante/asegurado correrá con los costes de esta información.

<b>Información general</b>	
¿Cuánto tiempo lleva siendo el médico habitual del solicitante?	<input type="text"/> DD/MM/AAAA
¿A qué fecha se remonta la historia clínica del solicitante?	<input type="text"/> DD/MM/AAAA
¿Cuándo atendió por primera vez al solicitante en relación con esta pérdida?	<input type="text"/> DD/MM/AAAA
¿El solicitante tiene antecedentes médicos que pudieran estar relacionados con la pérdida actual?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ofrezca información detallada.....	
¿Qué tratamiento ha recibido el solicitante?.....	
¿El solicitante cumplió todo el tratamiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso negativo, indique las razones.....	
Según sus previsiones, el estado del solicitante: Empeorará <input type="checkbox"/> Mejorará <input type="checkbox"/> Se mantendrá igual <input type="checkbox"/>	
Indique el motivo.....	
Con respecto a esta pérdida, ¿el solicitante visitó algún hospital, especialista, médico, cuidador, fisioterapeuta o terapeuta ocupacional?	
Indique: Nombre.....	
Dirección..... Población..... Código postal.....	
Fechas de consulta.....	
Resultado.....	
<b>Información sobre el evento</b>	
¿Cuándo se produjo el accidente?	<input type="text"/> DD/MM/AAAA <input type="text"/> HH:MM
¿Dónde se produjo el accidente?.....	
¿Qué lesiones resultaron del accidente? .....	
Ofrezca información sobre el tratamiento dispensado.....	
¿El solicitante padece alguna otra enfermedad o afección?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ofrezca información detallada.....	
En su opinión, ¿qué provocó el accidente?.....	
<b>Pérdida de uso</b>	
¿La pérdida se considera total, permanente e irreversible?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿desde qué fecha?	<input type="text"/> DD/MM/AAAA
En caso negativo, ofrezca información detallada.....	
Adjunte todos los documentos acreditativos disponibles.	
<b>Pérdida total, permanente e irreversible debido a amputación o parálisis o pérdida de movimiento de una articulación o miembro completo específico</b>	

¿El solicitante está inválido de forma permanente, total e irreversible para el resto de su vida como resultado de un accidente y no podrá volver a desempeñar ningún trabajo remunerado?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿desde qué fecha?	<input type="text"/>	DD/MM/AAAA	
En caso negativo, ofrezca detalles.....			
.....			
Adjunte todos los documentos acreditativos disponibles.			
Las respuestas ofrecidas son veraces y completas a mi mejor saber y entender			
Nombre en mayúsculas.....	Firma.....	<input type="text"/>	DD/MM/AAAA
Sello de la consulta / hospital			
<p><i>Si el formulario no exhibe un sello, deberemos devolvérselo, lo que retrasará la tramitación de la reclamación.</i></p>			

Solicitud de pago de indemnización

Ud. acepta que Advent Insurance PCC Ltd - UIB Cell realice el pago de acuerdo a las instrucciones que figuran más abajo, Advent Insurance PCC Ltd - UIB Cell se libera de cualquier responsabilidad que tengamos con Ud. en relación a esta póliza.

**AVISO IMPORTANTE:** *Por favor, tenga en cuenta que el pago de indemnización solo se efectuará por transferencia bancaria. Procederemos a efectuarle el ingreso en la cuenta desde la cual realiza el pago de sus primas mensuales.*

*Si utiliza otro método de pago distinto a una transferencia bancaria, rellene por favor la siguiente información. En este caso será necesario presentar un certificado de titularidad de la cuenta, incluyendo su nombre completo y su dirección.*

IBAN : \_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la cuenta .....

Banco .....

Dirección .....

Ciudad .....Código postal .....

Nombre del titular de la póliza/ beneficiario: \_\_\_\_\_

Firma

Fecha (DD/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Formulario de consentimiento y autorización al tratamiento de datos personales

Para poder gestionar su siniestro y administrar su Póliza, debemos guardar y procesar los datos recopilados, así como compartir dicha información con terceros que trabajan para nosotros. En el presente documento, se detalla el uso que daremos a dichos datos y se solicita su consentimiento. Necesitamos la aprobación tanto del titular de la póliza como del solicitante (la persona objeto del perjuicio).

Le rogamos que lea las siguientes condiciones y que firme el presente formulario, en caso de que esté conforme. En caso contrario, no podremos procesar su reclamación. Debemos recibir este formulario cumplimentado junto con el formulario de reclamación a fin de evaluar la misma.

Soy consciente de que al firmar este consentimiento:

1. Declaro que la información que proporciono en el formulario de siniestros y en todos los documentos que lo acompañan es veraz y está completa. todo fraude, información errónea u ocultación por mi parte puede motivar la cancelación inmediata de mi póliza y la pérdida de todo derecho a prestaciones, así como de las primas que pudiera haber abonado.
2. Consiento que Advent Insurance PCC Ltd - UIB Cell procese y almacene mis datos personales, incluidos mis datos sensibles (a título enunciativo per no limitativo, la información médica), con el fin de evaluar y validar reclamaciones, administrar la póliza, proporcionar servicios y prevenir fraudes. Soy consciente de que, para ello, es posible que se compartan mis datos con terceros que trabajen en su nombre tanto en el Reino Unido como en el extranjero, incluso fuera del Espacio Económico Europeo.
3. Tengo el derecho de modificar, suprimir o impedir el almacenamiento de mis datos personales en relación a esta reclamación y puedo cambiar o modificar cualquier imprecisión, conciente de que esto pueda afectar a la capacidad de Advent Insurance PCC Ltd - UIB Cell de procesar la reclamación.

Autorizo a Advent Insurance PCC Ltd - UIB Cell a solicitar cualquier información personal sobre mi persona (incluida toda información médica) cuando sea necesario para atender mi reclamación y a transmitir la misma a terceros de manera que mi reclamación pueda ser atendida de manera apropiada.

Una copia de este consentimiento, se considerará tan válida como el documento original.

Titular de la póliza

Solicitante (persona asegurada)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza (letras de  
imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (letras de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha