



HOW TO FILE A DAN CLAIM

1. Please complete all sections of the Claim Form. If a section does not apply to you, indicate this by writing N/A. If any sections of the form are incomplete this may delay processing or cause the claim to be returned to you for completion.
2. **You must first file all medical claims to your primary insurance carrier.** Divers Alert Network (DAN) insurance is a secondary policy.
Once your primary insurance carrier/provider has made a payment determination, please forward a copy of their **EOB** (Explanation of benefits) to the address below. Be sure to keep a copy for your records. Proceed to Step 3.
If you have no other medical insurance, **you are required to complete a No-Insurance Affidavit** (available upon request) in order for DAN to act as primary.
3. Make legible copies of all supporting bills, receipts, statements and any medical records that apply to your claim. It is important that you make copies of all of the records you are submitting as well as your completed claim. **Your submitted forms/records will NOT be returned to you.**

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

1. Complete todas las secciones del Formulario de reclamo. Si una sección no se aplica a usted, indíquelo escribiendo N / A. Si alguna sección del formulario está incompleta, esto puede retrasar el procesamiento o hacer que se le devuelva el reclamo para que lo complete.
2. **Primero debe presentar todos los reclamos médicos a su compañía de seguros primaria.** El seguro Divers Alert Network (DAN) es una póliza secundaria.
Una vez que su proveedor / proveedor de seguro primario haya tomado una determinación de pago, envíe una copia de su **EOB** (Explicación de beneficios) a la dirección que figura a continuación. Asegúrese de guardar una copia de sus registros. Continúe con el paso 3.
Si no tiene otro seguro médico, debe completar un seguro sin declaración jurada (disponible a pedido) para que AND actúe como primario.
3. Haga copias legibles de todas las facturas, recibos, declaraciones y todos los registros médicos que correspondan a su reclamo. Es importante que haga copias de todos los registros que envía, así como de su reclamo completado. **Los formularios / registros enviados NO le serán devueltos.**

FORWARD ALL CLAIM INFORMATION TO THE FOLLOWING ADDRESS / REMITIR TODA LA INFORMACIÓN DE RECLAMACIÓN A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

REGULAR or CERTIFIED MAIL or EMAIL

DAN CLAIMS
6 W COLONY PLACE
DURHAM, NC 27705 USA
Phone: 1.919.493.0912
Fax: 1.919.493.3040
Email: claims@world.dan.org

FedEx or UPS/ DHL/ PRIORITY MAIL

DAN CLAIMS
6 W COLONY PLACE
DURHAM, NC 27705 USA
Phone: 1.919.493.0912
Fax: 1.919.493.3040



Send this claim form and medical bills to:

DAN Claims
6 W COLONY PLACE
DURHAM, NC 27705 U.S.A.
Phone: +1-919-493-0912
Fax +1-919-493-3040
E-mail: claims@world.dan.org

Program Underwriter:

Accident & General Insurance Co., Ltd.
c/o Artex Risk Solutions (Cayman) Ltd./AGI
Suite 301, Floor 3, Windward 3
Regatta Office Park, PO Box 10233
Grand Cayman KY1-1102 Cayman Islands

| | | |
|--|---|---|
| 1. INSURED'S INFORMATION | Insured Name (Last, First, MI) | Government ID Number |
| | Insured's Home Address | Birthdate (Day/Month/Year) |
| | Street _____ | Daytime Phone _____ |
| | City _____ | Mobile Phone _____ |
| | State _____ | Skype/WhatsApp Account _____ |
| | Country _____ | |
| | Postal Code _____ | |
| | DW Client Number _____ | |
| 2. INSURED'S EMPLOYER | Employer Name | Does Employer/Government provide health or personal accident insurance <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | Employer's Address | Insurance Company Name |
| | Street _____ | Policy Number _____ |
| | City _____ | |
| | State _____ | Attach copy of ID card for Government or Employer provided insurance |
| | Country _____ | |
| | Postal Code _____ | |
| 3. CLAIM INFORMATION | Date of Accident (Day/Month/Year) | Is this claim the result of a work-related injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | Where did the accident/injury occur? | Have you filed a claim with Workers Compensation? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | In detail, describe the dive or snorkeling incident which caused the injury | Is this claim the result of an injury while acting as a dive instructor, divemaster, professional photographer or while doing scientific dives under the auspices of the AAUS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | When was a Doctor first seen? |
| | | Name of Doctor? |
| | | Where was Doctor seen? |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| PLEASE COMPLETE THE INFORMATION ON THE REVERSE SIDE OF THIS FORM | | |

| | |
|--|--|
| <p>4. ADDITIONAL INSURANCE INFORMATION</p> | <p>In addition to any group insurance provided by your employer or government which is listed on the front of this form, are health insurance benefits available from any of the following?</p> <p>Travel / Trip Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Trip Sponsor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>University or School? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Resort / Boat Operator? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Any other Medical Plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Personal Accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Name of Insurance Company _____</p> <p>Address of Insurance Company _____</p> <p>City _____ State _____</p> <p>Country _____ Postal Code _____</p> |
| <p>5. AUTHORIZATION TO OBTAIN INFORMATION</p> <p>Date _____</p> | <p>PATIENT OR PARENT MUST SIGN BELOW</p> <p>I hereby authorize any insurance company or prepayment organization, employer, hospital or physician to release all information with respect to me or any of my dependents, which may have a bearing on the benefits payable under this or any other plan providing benefits or services. I hereby certify the information provided is correct and true to the best of my knowledge. I also agree that a photostatic copy of this authorization shall be as valid as the original.</p> <p>Insured's Signature _____ Parent's Signature (for minor) _____</p> |
| <p>6. ASSIGNMENT OF BENEFITS</p> <p>Date _____</p> | <p>IF PAYMENT IS TO BE MADE TO THE PROVIDER, SIGN BELOW</p> <p>I hereby authorize payment of benefits otherwise payable to me for services, to any provider of service, but not to exceed the reasonable and customary charges for those services. I understand that I am financially responsible for any charges not covered by this authorization.</p> <p>Insured's Signature _____ Parent's Signature (for minor) _____</p> |
| <p>7. IMPORTANT</p> <p>Date _____</p> | <p>Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files a statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which may be a crime. The insured and the patient both swear and affirm that all statements contained in this form are true and correct to the best of their knowledge.</p> <p>Insured's Signature _____ Parent's Signature (for minor) _____</p> |
| <p>THIS CLAIM CANNOT BE PAID UNTIL COPIES OF ALL OTHER INSURANCE COMPANY EXPLANATION OF BENEFITS (EOB) FORMS ARE RECEIVED. PLEASE ATTACH THE EOB'S OR SEND THEM AS SOON AS POSSIBLE. THIS CLAIM WILL NOT BE PROCESSED UNTIL ALL EOB'S HAVE BEEN RECEIVED.</p> | |



Enviar este formulario de reclamo y gastos médicos a:

DAN Claims
6 W Colony Place
Durham, NC 27705 U.S.A.
Phone: +1-919-493-0912
Fax +1-919-493-3040
E-mail: claims@world.dan.org

Programa Asegurador:

Accident & General Insurance Co., Ltd.
c/o Artex Risk Solutions (Cayman) Ltd./AGI
Suite 301, Floor 3, Windward 3
Regatta Office Park, PO Box 10233
Grand Cayman KY1-1002 Cayman Islands

| | | |
|------------------------------|---|--|
| 1. INFORMACION DEL ASEGURADO | Nombre del Asegurado (Apellido, Nombres) | Número de Identificación del Gobierno |
| | Dirección del Asegurado | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |
| | Calle _____ | |
| | Ciudad _____ | Teléfono de día |
| | Estado _____ | |
| | País _____ | Teléfono Móvil |
| | Código Postal _____ | Cuenta Skype/WhatsApp |
| | Número Cliente DW _____ | |
| 2. EMPLEADOR DEL ASEGURADO | Nombre del Empleador | El Empleador o el Gobierno provee seguro de salud o accidente personal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Dirección del Empleador | Nombre de Compañía Aseguradora |
| | Calle _____ | |
| | Ciudad _____ | Número de Póliza |
| | Estado _____ | |
| | País _____ | Adjuntar copia de la Identificación del Gobierno o del Empleador que provee seguro |
| | Código Postal _____ | |
| 3. INFORMACIÓN DEL RECLAMO | Fecha del Accidente (Día/Mes/Año) | Esta solicitud es el resultado de una lesión relacionada con el trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Dónde ocurrió el accidente/lesión? | Ha presentado un reclamo de Compensación al Trabajador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | Detalladamente, describa el incidente de buceo o snorkeling que causó la lesión | Es esta solicitud el resultado de una lesión mientras se desempeñaba como Instructor de Buceo, Divemaster, fotógrafo profesional o mientras realizaba buceos científicos con el auspicio de AAUS? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | Cuándo vio por primera vez a un Médico? |
| | | |
| | | Nombre del Médico? |
| | | |
| | | Dónde fue visto el Médico? |
| | | |
| | | |

POR FAVOR, COMPLETE LA INFORMACIÓN EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

| | |
|--|---|
| 4. INFORMACIÓN ADICIONAL DE SEGUROS | <p>Además de los seguros provistos por su empleador o por el gobierno, enumerados en el frente de este formulario, existen seguros de salud disponibles de cualquiera de los que siguen?</p> <p>Seguro de Viaje/ Agencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Patrocinador de Viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Universidad o Escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Resort / Barco Operador? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cualquier otro Plan Médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Accidentes Personal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre de la Compañía de Seguros _____</p> <p>Dirección de la Compañía de Seguros _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____</p> <p>País _____ Código Postal _____</p> |
| 5. AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN Fecha _____ | <p>EL PACIENTE O SUS PADRES DEBEN FIRMAR LO SIGUIENTE</p> <p>Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros o empresa prepaga, empleador, hospital o médico a hacer público toda la información con respecto a mi o cualquiera de mis dependientes, que pueda tener relación con los beneficios pagaderos en virtud de este o cualquier otro plan que provee beneficios o servicios. Por la presente certifico que la información proporcionada es correcta y verdadera en lo que a mi conocimiento respecta. También estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.</p> <p>Firma del Asegurado _____ Firma del Padre (si es menor) _____</p> |
| 6. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Fecha _____ | <p>SI EL PAGO SE HARÁ AL PROVEEDOR, FIRME ABAJO</p> <p>Por la presente autorizo el pago de los beneficios por servicios que de otra manera serían pagaderos a mí, a cualquier proveedor de servicios, pero sin exceder los cargos razonables y habituales por esos servicios. Entiendo que soy financieramente responsable por cargos que no estén cubiertos por esta autorización.</p> <p>Firma del Asegurado _____ Firma del Padre (si es menor) _____</p> |
| 7. IMPORTANTE Fecha _____ | <p>Cualquier persona que a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona completa una declaración de reclamo conteniendo cualquier información materialmente falsa, u oculta información con intención de engañar, información concerniente a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, puede ser un crimen. El asegurado y el paciente, ambos, juran y afirman que el contenido de la declaración de este formulario es verdadero y correcto en lo que a su conocimiento respecta.</p> <p>Firma del Asegurado _____ Firma del Padre (si es menor) _____</p> |
| <p>ESTE RECLAMO NO PODRA SER PAGADO HASTA QUE SEAN RECIBIDOS COPIAS DE LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EDB) DE TODAS LAS OTRAS COMPAÑÍAS DE SEGURO. POR FAVOR ADJUNTE LAS EDB Y ENVÍELAS LOS MÁS PRONTO POSIBLE. ESTA RECLAMACIÓN NO SERÁ PROCESADA HASTA QUE TODAS LAS EDB HAYAN SIDO RECIBIDAS.</p> | |