

ASISTENCIA EN VIAJE

Le rogamos tenga a bien completar el siguiente formulario y enviarlo junto con la documentación solicitada a dirección especificada en el último apartado de este documento:

Reserva de derechos:

El presente cuestionario NO constituye un reconocimiento de cobertura del siniestro pero será utilizado por el Asegurador para analizar el siniestro, entendiéndose que podrá rechazar el siniestro conforme a las disposiciones y condiciones de la póliza de seguro.

Datos Personales del Reclamante

Por favor, complete todas las secciones del cuestionario en letra imprenta

Nombre y Apellidos		DNI/Número de cédula/RUT/Identificación personal	
Domicilio del titular			
País	Provincia y Ciudad		Código postal
Teléfono de contacto (Residencia/Oficina)		Teléfono de contacto (Móvil)	
E-mail de contacto			

Detalles de la póliza o contrato y del viaje

Número de póliza o contrato		Número de referencia del expediente central de asistencia	
Fecha de inicio del viaje (dd/mm/aa)		Fecha de regreso del viaje (dd/mm/aa)	
Nro. de reserva/Ticket	Países Destinos (bajo itinerario del viaje)		

Tipo de cobertura

Marque con una X el motivo de su reclamación

A. Accidentes

<input type="checkbox"/>	Muerte Accidental 24 hs.
<input type="checkbox"/>	Desmembramiento

B. Equipajes y Demoras

<input type="checkbox"/>	Demora en la entrega del equipaje
<input type="checkbox"/>	Pérdida / Robo de equipaje
<input type="checkbox"/>	Daños en el equipaje

C. Cancelación/Interrupción/Demora

<input type="checkbox"/>	Cancelación del viaje
<input type="checkbox"/>	Interrupción del viaje
<input type="checkbox"/>	Demora de viaje/vuelo

D. Repatriación

<input type="checkbox"/>	Evacuación médica de emergencia
<input type="checkbox"/>	Repatriación de restos mortales

E. Gastos Médicos

<input type="checkbox"/>	Por hospitalización
<input type="checkbox"/>	Por asistencia ambulatoria/dental
<input type="checkbox"/>	Medicamentos

F. Otras (Especifique tipo cobertura reclamada)

<input type="checkbox"/>	Otra
--------------------------	------

Datos Generales del Incidente

Fecha de ocurrencia del incidente (dd/mm/aaaa)	País de ocurrencia del incidente
--	----------------------------------

Describa en detalle cómo ocurrió el incidente	
Importe total del reclamo	Cantidad devuelta por otros medios
Monto de la reclamación (indicar tipo de moneda)	

Firma del Reclamante y autorización acceso a información médica

Firma	Lugar y Fecha
-------	---------------

Documentación adicional requerida según el tipo de cobertura

Sección A - Accidentes Muerte Accidental 24 horas / Desmembramiento

- Completar formulario de reclamo a suministrar por la Compañía.
- Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- Original del Certificado de Defunción del Asegurado y con los sellos originales, expedido por la autoridad competente.
- Documentación pertinente que incluya la orden de alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad permanente.
- Informe de la Fiscalía (Protocolo de Necropsia).
- Fotocopias legibles de la Cédula de Asegurado y de los Beneficiarios ó Certificado de Nacimiento en caso de ser los beneficiarios menores de edad.
- Cuando los beneficiarios fueran los herederos del ASEGURADO, la resolución de declaratoria de herederos dictada por un juez competente.
- Parte policivo en caso de accidente de tránsito.
- Cualquier otro documento que solicite la Compañía para comprobar la ocurrencia del accidente.

Sección B - Equipajes Demoras / Robo / Pérdida

- Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales
- Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- Informe comprobante de la pérdida, demora y/o daño emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report)
- Informe comprobante de la pérdida emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, que señale el peso en kilogramos del EQUIPAJE extraviado
- Declaración por ítem contenido en el EQUIPAJE
- Boleto original de embarque del EQUIPAJE
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

Sección C - Cancelación / Interrupción / Demora del viaje

- La declaración del ASEGURADO si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros contratos de asistencia, seguros, sistemas, asistencias o instituciones que otorguen beneficios de Cancelación y/o Interrupción del Viaje y al cual pertenezca el ASEGURADO
- Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- La entrega a la ASEGURADORA de los originales extendidos a nombre del ASEGURADO de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los CONTRATOS DE VIAJE, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidas en el inciso anterior
- Carta explicativa con las razones de la cancelación y/o interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el ASEGURADO celebró el CONTRATO DE VIAJE, en la devolución de los valores pagados o adeudados
- Documentos médicos que acrediten la identidad del ASEGURADO, COMPAÑERO DE VIAJE o MIEMBRO DE LA FAMILIA de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO o ACCIDENTE que diera lugar a la cancelación o interrupción del VIAJE
- En caso de fallecimiento de un MIEMBRO DE LA FAMILIA, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del ASEGURADO o COMPAÑERO DE VIAJE se registrarán por el procedimiento para la cobertura de MUERTE ACCIDENTAL.
- Denuncia policial del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de incendio (Solo aplicable para el beneficio de Interrupción del VIAJE)

¿Cuándo y dónde fue el viaje reservado?	Fecha prevista de inicio del viaje
Fecha de cancelación/interrupción	
¿Por qué motivo fue cancelado o interrumpido su viaje?	
Importe total de su viaje(adjuntar confirmación de reserva)	Cantidad que le ha sido devuelta por otros medios (agentes de viajes, aerolíneas, etc.)
Cantidad reclamada (indicar tipo de moneda)	

Sección D - Repatriación Evacuación médica de emergencia / Repatriación de restos mortales

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico
- Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso
- Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de la repatriación de los restos mortales del ASEGURADO

Sección E - Gastos Médicos

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico
- Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso
- Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de la repatriación de los restos mortales del ASEGURADO

Sección F - Otras (Especifique tipo de cobertura reclamada)

Especifique

Nota: La compañía se reserva el derecho de solicitar al reclamante documentación adicional en caso de considerarlo necesario