

# Formato de reclamación



## 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 formato será utilizado por el Departamento de Auditoría para analizar el siniestro mas NO constituye un reconocimiento de cobertura, entendiéndose que podrá ser rechazado conforme a las disposiciones y condiciones del contrato de prestación servicios.**

## Datos Personales del Reclamante

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

Nombre y Apellidos

Teléfono de contacto(Residencia/Oficina)

Teléfono de contacto (celular)

E-mail de contacto

## Datos de la póliza del Reclamante

Número de voucher o contrato

Número de expediente /caso

Fecha de inicio del viaje (dd/mm/aa)

Fecha de regreso del viaje (dd/mm/aa)

Destinos (bajo itinerario del viaje)

## Tipo de cobertura

Marque con una X el motivo de su reclamación

### A. Accidentes

Muerte Accidental 24 hs.

Desmembramiento

### B. Equipajes y Demoras

Demora en la entrega del equipaje

Pérdida / Robo de equipaje

### C. Repatriación

Repatriación de restos mortales

Evacuación médica de emergencia

### D. Regreso anticipado

Enfermedad grave del pax

Enfermedad o fallecimiento de un familiar

### E. Gastos Médicos

Por hospitalización

Por asistencia ambulatoria/dental

Medicamentos

### F. Otras (Especifique tipo cobertura reclamada)

Otra

## Datos Generales del Incidente

Fecha de  
ocurrencia  
del incidente  
(dd/mm/aa)

País de ocurrencia del  
incidente

Describe 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, IFE 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 Identificación oficial del asegurado o 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 policial en caso de accidente de tránsito.
- Voucher o Contrato de asistencia firmado por el pax

Sección B – Equipajes  
Demoras / Pérdida

- Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales
- Copia de su pasaporte, IFE o identificación personal aplicable a su país de residencia
- Informe comprobante de la pérdida y/o demora emitido por la Aerolínea responsable (PIR-Property Irregularity Report)
- Informe comprobante de la pérdida emitido por la Aerolínea responsable (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, que señale el peso en kilogramos del EQUIPAJE extraviado
- Boleto original de embarque del EQUIPAJE
- Recibo de indemnización emitido por la Aerolínea
- Voucher o Contrato de asistencia firmado por el pax

Sección C - 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
- Comprobante de pago por la diferencia en el cambio de boleto
- 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 D - Gastos Médicos

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico
- Recibo de honorarios médicos
- Receta de medicamentos
- Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de la compra de medicamentos y/o pago de honorarios médicos
- Voucher o Contrato de asistencia firmado por el pax

Sección E - 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

## Datos Información Bancaria para reembolso

Para pagos mediante transferencia bancaria, rellene los datos de la cuenta a continuación

Nombre y apellidos del beneficiario de la cuenta bancaria (tal y como aparecen en su estado de cuenta)

Número de cuenta

Clabe Interbancaria

Nombre del banco

Por favor, envíe la documentación solicitada anteriormente al siguiente domicilio **Amores No. 1120 Oficina 702 Col. Del Valle C.P.03100 Del. Benito Juarez Mexico DF**