

Formulario de Reclamación- Seguro de Viaje

I-INFORMACIÓN DEL TITULAR

Número de Certificado		Número de ID (Licencia / Pasaporte)		Fecha de Efectividad (mm/dd/aaaa)		Fecha de Terminación (mm/dd/aaaa)	
Nombre Completo:				Sexo al Nacer		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	
	Nombre(s)	1er. Apellido	2do. Apellido	☐ Femenino ☐ Masculino			
Dirección Residencial:							
	Calle y número		Ciudad	Estado		País	Código Postal
Correo Electrónico:			Teléfono Celular:			Teléfono Residencial:	

II-INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO (si es diferente al Titular)

Nombre Completo:				Sexo al Nacer		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	
	Nombre(s)	1er. Apellido	2do. Apellido	☐ Femenino ☐ Masculino			
Correo Electrónico:			Teléfono Celular:			Teléfono Residencial:	

III- TIPO DE COBERTURA - Seleccione el beneficio objeto del reclamo

Gastos Médicos	Repatriación / Traslado	Documentos y Equipajes
☐ Emergencia Médicas / Medicamentos ☐ Hospitalización ☐ Emergencia dental ☐ Estadía en hotel	☐ Repatriación Funeraria ☐ Repatriación Sanitaria / Repatriación por Emergencia Médica ☐ Traslado Terrestre o Aéreo por Emergencia Médica ☐ Viaje de Regreso por Fallecimiento de Familiar Directo ☐ Regreso Acompañante ☐ Traslado de un Familiar por Hospitalización del Asegurado	☐ Demora del equipaje ☐ Pérdida Definitiva de Equipaje ☐ Daños de Equipaje ☐ Pérdida de Pasaporte ☐ Compensación por Daño de Equipaje
Cancelación / Interrupción	Accidente	Otros (Especifique tipo de cobertura reclamada)
☐ Pérdida por Vuelo Demorado o Cancelado ☐ Pérdida de Conexión Internacional ☐ Pérdida de Embarque en Crucero ☐ Cancelación o Interrupción de Viaje Contratado	☐ Muerte Accidental ☐ Desmembramiento / Pérdida de Uso ☐ Asistencia Funeral	☐
Endosos Adicionales (favor identificar en caso que que la reclamación sea por uno de los siguientes endosos contratados)		
☐ Futura Mamá ☐ Práctica Deportiva ☐ Enfermedades Preexistentes ☐ Mascotas		

IV- INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Fecha de Ocurrencia (mm/dd/aaaa):	Lugar de Ocurrencia:
Por favor especificar si fue a consecuencia de: ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Otros	
En caso de que sea a causa de una enfermedad, por favor especificar si:	
¿Ha sufrido esta enfermedad, lesión o condición similar o recaída de la misma con anterioridad a este suceso? ☐ SÍ ☐ NO ¿Ha recibido anteriormente tratamiento para esta condición? ☐ SÍ ☐ NO - En caso afirmativo, por favor especificar: _____	
Describa en detalle cómo ocurrió el incidente/evento:	

V- SERVICIOS Y COSTOS

Proporcione detalles de los costos y servicios, las facturas originales deberán ser proporcionadas con este formulario.

Fecha del Servicio (mm/dd/aaaa)	Proporcione descripción de los servicios médicos recibidos y/o gastos incurridos en cada fecha	Cargos / Monto Pagado

VI-MÉTODOS PREFERIDOS PARA EL PAGO DE REEMBOLSO

Método de Pago de Preferencia:	☐ Cheque	☐ Transferencia Bancaria
Tipo de Cuenta:	☐ Cheque	☐ Ahorro
Nombre del Titular de la Cuenta:		
Dirección de Titular Registrado en la Cuenta:		
Nombre del Banco del Beneficiario:		
ABA / # Ruta (Banco Beneficiario en USA):		
Número de Cuenta:		
Banco Intermediario (si corresponde):		
Firma del Titular:		
Fecha (mm/dd/aaaa):		

VII-AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Como evidencia con mi firma abajo, autorizo a cualquier médico licenciado, practicante médico, hospital, clínica o cualquier establecimiento médico o médicamente relacionado, compañía de seguros, agencia gubernamental, MIB, LLC. ("MIB") o cualquier organización, institución o persona que tenga registros o conocimiento sobre mí o mi salud y mis dependientes nombrados en la solicitud para divulgar a Redbridge Insurance Company, afiliados y reaseguradores dicha información, incluyendo copias de registros relacionados con cualquier consejo, atención o tratamiento proporcionado a mí o a mis dependientes, sin ninguna limitación a la información relacionada con enfermedades mentales, uso de drogas y/o alcohol.

Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma del Asegurado

Fecha (mm/dd/aaaa)

VII – ARTÍCULO 27.320 – AVISO DE LA OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguros o, que presente, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulente para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación para un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Certifico que la información suministrada por mí, en este formulario es correcta.

Firma del Asegurado

Fecha (mm/dd/aaaa)

Formulario de Reclamación – Travel Insurance

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Para presentar una reclamación para reembolso, el asegurado deberá:

- Todas las reclamaciones de asistencia deberán ser notificados por escrito dentro de los treinta (30) días de ocurrido el evento.
- Presentar a la Compañía dentro de los noventa (90) días de ocurrido el evento, el Formulario de Reclamación con todos los documentos requeridos.

Las facturas originales y los documentos requeridos deben ser enviados a: **#352 Calle Fernando Primero, San Juan, PR 00918**

Para iniciar el registro o trámite de una reclamación, usted debe:

- Notificar por escrito su reclamación.
- Enviar los documentos legibles en formato electrónico, preferiblemente PDF, a: travelclaimspr@redbridge.cc
- Para preguntas relacionadas con el estado de su reclamación, escribanos a: travelclaimstatuspr@redbridge.cc

Para Servicio al Cliente, contáctenos a través de:

travelcustomerservicepr@redbridge.cc | Tel: +1 (787) 957-8077 | Fax: (305) 232-8881 | WhatsApp: [+1 (786) 653-3717] | [+1 (305) 537-1145] | www.travelpr.redbridge.cc

DOCUMENTOS REQUERIDOS A PRESENTAR

Siempre se solicitará la siguiente información:

- **Formulario de Reclamación** completado y firmado.
- **Foto de licencia de Conducir o pasaporte**
- **Boletos** de ida y vuelta del viaje (en caso de que no haya sello en el pasaporte)

En caso de presentar una reclamación relacionada a beneficios médicos, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado por el asegurado/ paciente.
- Autorización a Revelar Información Médica firmada por el asegurado/ paciente.
- Evidencia del viaje, incluyendo copia de las páginas del pasaporte, itinerario y boletos de ida y vuelta.
- Historial Médico incluyendo las notas del médico tratante, pruebas de diagnóstico, radiología, imágenes magnéticas y prescripciones o recetas, entre otros.
- Facturas y recibos de pagos originales que incluyan: nombre del asegurado / paciente, fecha del servicio, diagnóstico y procedimiento, costo por servicio; nombre, dirección y teléfonos del médico y/o el Hospital.

En caso de presentar una reclamación relacionada a beneficios de estadía de hotel, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Facturas correspondientes al pago realizado por la reserva del hotel de acuerdo con las condiciones de póliza y servicio. No se permiten estados de cuenta.

En caso de presentar una reclamación relacionada a regreso en una fecha diferente o traslado, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Entregar el segmento del pasaje no utilizado a Redbridge, siempre que la Compañía tenga que pagar el costo de un pasaje, o bien, diferencia o penalidad impuesta por el transportista.
- Entrega de toda la información médica o no medica que respalde la emergencia que genere el regreso anticipado del asegurado.

APLICA PARA LOS SIGUIENTES BENEFICIOS

- Traslado de un acompañante por hospitalización del Titular
- Regreso garantizado a una fecha diferente a la programada
- Regreso retrasado por Covid-19
- Regreso de acompañante de 15 años o menos, o adulto mayor de 75 años
- Regreso por fallecimiento de familiar
- Regreso por pérdida catastrófica de la residencia permanente

En caso de presentar una reclamación relacionada a una repatriación funeraria, presentar:

- Acta de defunción del asegurado

En caso de presentar una reclamación relacionada a un vuelo demorado o cancelado y pérdida de conexión, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Facturas originales por los gastos incurridos y constancia del transportista aceptado su responsabilidad por la demora, cancelación o pérdida del vuelo de conexión.

En caso de presentar una reclamación relacionada a la demora o pérdida definitiva del equipaje, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado
- Reporte de Irregularidad de Propiedad (PIR)
- Copia de la etiqueta de control/identificación del equipaje
- Constancia del transportista aceptando su responsabilidad por la pérdida/demora del equipaje

Nota: Esta cobertura no aplicará en caso de que el transportista pague por el valor del contenido del equipaje.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN (continuación)

En caso de presentar una reclamación relacionada a la pérdida de pasaporte, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Declaración jurada en pérdida de pasaporte.
- Comprobante del monto pagado por el trámite de la recuperación del pasaporte.

En caso de presentar una reclamación relacionada a la cancelación de un viaje por un evento catastrófico (cuando aún el Asegurado no ha iniciado su viaje), presentar documentación original que evidencie su reclamación:

- Comprobante de lo pagado por adelantado en relación con el importe total solicitado para el reembolso.
- Comprobante del o los reembolso(s) o cualquier otro tipo de concesión proporcionado por la compañía aérea, línea de cruceros y otros, como un crédito para futuros viajes.

Nota: Cuando la cancelación del viaje sea relacionada al resultado de la prueba Covid-19 positiva y no pueda realizar el viaje debido a la cuarentena, adicional a lo anterior, presentar:

- Carnet de Vacunación de Covid-19 con esquema completo.
- Resultado positivo de la prueba Covid-19 emitida por un centro de laboratorio médico calificado.
- Resolución del Ministerio de Salud si el país así lo requiere.
- Documentos y facturas de multas cobradas por los servicios contratos que el Asegurado no podrá utilizar.

En caso de presentar una reclamación relacionada a la asistencia para mascotas, presentar:

- Facturas y recibos de pagos originales que incluyan: nombre de la mascota, fecha del servicio, diagnóstico y procedimiento, costo por servicio; nombre, dirección y teléfonos del veterinario.
- El propietario de la mascota deberá presentar la cartilla de vacunación completa y vigente, en la inteligencia de que la mascota menor a un año deberá acreditar haber recibido sus vacunas de refuerzo.
- Documento legal para traslado internacional de la mascota.
- Boletos de ida y vuelta del viaje del propietario de la mascota.

IMPORTANTE

No se aceptan documentos ilegibles o alterados, copia de estados de cuentas bancarias y/o tarjetas de créditos.