

# Formulario de Reclamación

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA  
RECLAMO No. \_\_\_\_\_

I-INFORMACIÓN DEL TITULAR							
Número de Certificado		Número de Pasaporte		Fecha de Efectividad (mm/dd/yyyy)		Fecha de Terminación (mm/dd/yyyy)	
Nombre Completo:		Nombre(s)      1er. Apellido      2do. Apellido		Género		Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	
				[ ] Femenino [ ] Masculino			
Dirección Residencial:		Dirección		Ciudad		Estado	
				País		Código Postal	
Correo Electrónico:		Teléfono Residencial:		Teléfono Celular:			

II-INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO (si es diferente al Titular)							
Nombre Completo:		Nombre(s)      1er. Apellido      2do. Apellido		Género		Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	
				[ ] Femenino [ ] Masculino			
Correo Electrónico:		Teléfono Residencial:		Teléfono Celular:			

III-INFORMACIÓN DEL CASO	
Tipo de Evento: [ ] Accidente [ ] Equipaje [ ] Lesión [ ] Enfermedad [ ] Hospitalización [ ] Otro: _____	
Ofrezca Detalles (Reclamación NO Medica)	Fecha de Ocurrencia (mm/dd/yyyy)      Lugar de Ocurrencia

IV-EN CASO DE RECLAMACIÓN POR ASISTENCIA MÉDICA	
¿Ha sufrido anteriormente síntomas iguales o similares?	[ ] Sí [ ] No
¿Ha recibido anteriormente tratamiento para esta condición?	[ ] Sí [ ] No
Si contestó afirmativo, ¿dónde y desde cuándo?	
Nombre del médico que le trató:	
Dirección del médico que le trató:	
Información de contacto del médico que le trató:	

V-DETALLES DE PAGO	
Método de Pago de Preferencia:	[ ] Cheque [ ] Transferencia Bancaria
Tipo de Cuenta:	[ ] Cheque [ ] Ahorro
Nombre del Titular de la Cuenta:	
Dirección de Beneficiario Registrada en la Cuenta:	
Número de Cuenta:	_____
Nombre del Banco del Beneficiario:	
BIC / SWIFT (Banco Beneficiario fuera de USA):	_____
ABA / # Ruta (Banco Beneficiario en USA):	_____
Banco Intermediario (si corresponde):	
Firma del Titular:	
Fecha (mm/dd/yyyy):	

## VI-AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

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 Assist, 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 Cliente (Asegurado principal)

\_\_\_\_\_  
Firma del Dependiente (mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/yyyy)

# Formulario de Reclamación

## INSTRUCCIONES PARA PROCESAR Y PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Para presentar una reclamación para reembolso, usted deberá:

- Todas las solicitudes de servicios de asistencia deberán ser notificados por escrito dentro de los 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:

**Redbridge Network & Healthcare**

P.O. Box 144490, Coral Gables, FL 33114 EE.UU.

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

- Entregar los documentos a su representante; o
- Enviar los documentos legibles en formato electrónico, preferiblemente PDF, a: [claims@redbridge.cc](mailto:claims@redbridge.cc);
- Para preguntas relacionadas con el estado de su reclamación, escribanos a: [service@redbridgeassist.com](mailto:service@redbridgeassist.com)

Para Servicio al Cliente, contáctenos a través de:

[service@redbridgeassist.com](mailto:service@redbridgeassist.com) | Tel: +1 (305) 537-1145 | Fax: (305) 232-8881 | [www.redbridgeassist.com](http://www.redbridgeassist.com)

### DOCUMENTOS REQUERIDOS A PRESENTAR:

Siempre se solicitará la siguiente información:

- **Formulario de Reclamación** completado y firmado.
- **Foto de pasaporte** con sello de evidencia de entrada y salida del país.
- **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 paciente.
- Autorización a Revelar Información Médica firmada por el 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 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.

**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 de la persona cubierta.

**En caso de presentar una reclamación relacionada a una asistencia legal o gasto por fianza, presentar:**

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Reporte policial, orden judicial, factura original del abogado y evidencia de pago.

**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 que hayan sido previamente aprobados por Redbridge 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.

**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 cliente no ha iniciado su viaje), presentar:**

- Comprobante de lo pagado por adelantado en relación con el importe total solicitado para el reembolso.
- Documentación original que evidencia su reclamación.
- Documentación original que evidencia cualquier reembolso 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 Titular 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.**