

Formulario de Reclamación- Asistencia de Viaje

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

RECLAMO No.

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:								
	Dirección		Ciudad		Estado		País	Código Postal
Correo Electrónico:				Teléfono Residencial:			Teléfono Celular:	

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 Residencial:			Teléfono Celular:	

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 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 ☐ Pérdida de Pasaporte
Cancelación / Interrupción	Accidente	Otros (Especifique tipo de cobertura reclamada)
☐ Vuelo Demorado o Cancelado ☐ Pérdida de Vuelo de Conexión	☐ Muerte accidental y Desmembramiento	☐
Endosos Adiciones (en caso que que la reclamación sea por uno de los siguientes endosos contratados adicionalmente, por favor identificar)		
☐ Futura Mamá ☐ Práctica Deportiva ☐ Enfermedades Preexistentes ☐ Mascotas ☐ Cancelación o Interrupción de Viaje Contratado ☐ Asistencia legal VIP		

IV.- INFORMACIÓN DE LA RECLAMACION

Fecha de Ocurrencia (mm/dd/aaaa):	Lugar de Ocurrencia:
Por favor especificar si fue a consecuencia de: ☐ Enfermedad ☐ Accidente	
En caso fue a cusa 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? ☐ SI ☐ NO ¿Ha recibido anteriormente tratamiento para esta condición? ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, por favor especificar:	
Describa en detalle cómo ocurrió el incidente	

V.- SERVICIOS Y COSTOS

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

Fecha del Servicio (dd/mm/aaaa)	Proporcione descripción de los servicios, tratamientos y procedimientos realizados en cada fecha	Cargos / Monto Pagado

VI-DETALLES DE PAGO / REEMBOLSO

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:		
ABA / # Ruta (Banco Beneficiario en USA):		
Banco Intermediario (si corresponde):		
Firma del Titular:		
Fecha (mm/dd/aaaa):		

VII-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 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)

Formulario de Reclamación

INSTRUCCIONES PARA PROCESAR Y 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 setenta y dos (72) horas de ocurrido el evento y obtenido la Pre-Certificación por REDBRIDGE.
- Presentar a REDBRIDGE dentro de los noventa (90) días de ocurrido el evento, el Formulario de Reclamación con todos los documentos requeridos. Cualquier reclamación presentada después del plazo antes aquí especificado, serán declinadas sin derecho a compensación.

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: travelclaims@redbridge.cc, o bien, de forma física a la siguiente dirección:
Redbridge Network & Healthcare
P.O. Box 144490, Coral Gables, FL 33114 EE.UU.
- Para preguntas relacionadas con el estado de su reclamación, escribanos a: travelclaimstatus@redbridge.cc

Para Servicio al Cliente, contáctenos a través de:

travelcustomerservice@redbridge.cc | Tel: +1 (305) 537-1145 | Fax: (305) 232-8881 | www.redbridgeassist.com

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 de acompañante de 15 años o menos, o adulto mayor de 75 años |
| • Regreso garantizado a una fecha diferente a la programada | • Regreso por fallecimiento de familiar |
| • Regreso retrasado por Covid-19 | • 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 aceptando 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 | • Copia de la etiqueta de control/identificación del equipaje |
| • Reporte de Irregularidad de Propiedad (PIR) | • 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 PROCESAR Y 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.