

# Formulario de Reclamación- Seguro 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		
	Nombre(s) <input type="text"/> 1er. Apellido <input type="text"/> 2do. Apellido <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)
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		
	Nombre(s) <input type="text"/> 1er. Apellido <input type="text"/> 2do. Apellido <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)
Correo Electrónico:	Teléfono Residencial:		Teléfono Celular:

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

<b>Gastos Médicos</b>	<b>Repatriación / Traslado</b>	<b>Documentos y Equipajes</b>
<input type="checkbox"/> Emergencia Médicas / Medicamentos <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Emergencia dental <input type="checkbox"/> Estadía en hotel	<input type="checkbox"/> Repatriación funeraria <input type="checkbox"/> Repatriación Sanitaria / Repatriación por Emergencia Médica <input type="checkbox"/> Traslado Terrestre o Aéreo por Emergencia Médica <input type="checkbox"/> Viaje de Regreso por Fallecimiento de Familiar Directo <input type="checkbox"/> Regreso Acompañante <input type="checkbox"/> Traslado de un Familiar por Hospitalización del Asegurado	<input type="checkbox"/> Demora del equipaje <input type="checkbox"/> Pérdida definitiva de equipaje <input type="checkbox"/> Daños de equipaje <input type="checkbox"/> Pérdida de Pasaporte <input type="checkbox"/> Compensación por daño de equipaje
<b>Cancelación / Interrupción</b>	<b>Accidente</b>	<b>Otros (Especifique tipo de cobertura reclamada)</b>
<input type="checkbox"/> Pérdida por Vuelo Demorado o Cancelado <input type="checkbox"/> Pérdida de Conexión Internacional <input type="checkbox"/> Pérdida de Embarque en Crucero <input type="checkbox"/> Cancelación o Interrupción de Viaje Contratado	<input type="checkbox"/> Muerte accidental <input type="checkbox"/> Desmembramiento / Perdida de Uso <input type="checkbox"/> Asistencia funeral	<input type="checkbox"/> <hr/> <hr/>

## Endosos Adiciones (en caso que la reclamación sea por uno de los siguientes endosos contratados adicionalmente, por favor identificar)

Futura Mamá  Práctica Deportiva  Enfermedades Preexistentes  Mascotas

## IV.- INFORMACIÓN DE LA RECLAMACION

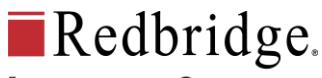
Fecha de Ocurrencia (mm/dd/aaaa):	Lugar de Ocurrencia:
-----------------------------------	----------------------

Por favor especificar si fue a consecuencia de:  Enfermedad  Accidente

En caso fue a 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?  SI  NO
- ¿Ha recibido anteriormente tratamiento para esta condición?  SI  NO
- En caso afirmativo, por favor especificar: \_\_\_\_\_

Describa en detalle cómo ocurrió el incidente



## Insurance Company

## 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

## 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 farmacéutico 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 – ARTICULO 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 fraudulenta para el pago de una perdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación para un mismo daño o perdida, 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 mediare circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediare 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

### 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 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: [travelclaims@redbridge.cc](mailto:travelclaims@redbridge.cc)
- Para preguntas relacionadas con el estado de su reclamación, escríbanos a: [travelclaimstatus@redbridge.cc](mailto:travelclaimstatus@redbridge.cc)

Para Servicio al Cliente, contáctenos a través de:

[travelcostumerservicepr@redbridge.cc](mailto:travelcostumerservicepr@redbridge.cc) | Tel: + (787) 957-8077 | Fax: (305) 232-8881 | WhatsApp: [+1 (786) 653-3717] | [+1 (305) 537-1145] | [www.travelpr.redbridge.cc](http://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 médica que respalde la emergencia que generó 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 perdida 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 | • 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 evidencia 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 contratados 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.**