

Formulario de Reembolso

Asistencia En Viaje

Le rogamos tenga a bien completar el siguiente formulario y enviarlo junto con la documentación solicitada a la dirección especificada en el último apartado de este documento.

Datos Personales del Asegurado

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

Nombre y apellidos		Identificación Nacional/Pasaporte
Domicilio del Titular		
País	Provincia y Ciudad	Código Postal
Teléfono de contacto (Residencia/Oficina)	Teléfono de contacto (Móvil)	E-mail de contacto
Número de Cuenta		Código SORT/Sucursal
Código IBAN (Si aplica)		Nombre del Banco
Código SWIFT/BIC (Si aplica)		Dirección del Banco
Nombre del Banco Intermediario (si aplica)	Código SWIFT/BIC del banco intermediario	Número de cuenta del banco intermediario
Indicar si existe otro seguro que pudiera cubrir este siniestro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indicar cuál y adjuntar copia de la póliza		

Detalles de la Póliza de Viaje

Número de póliza o contrato	Número de referencia (expediente brindado por la central de asistencias):
Fechas de inicio de viaje (dd/ mm/año)	Fechas de Regreso del viaje (dd/mm/año)
Número de reserva / ticket	Países destino (bajo itinerario del viaje)

Tipo de Cobertura

Marque con una X el beneficio objeto de su reclamo.

A. Accidentes	B. Equipajes y Demoras	C. Cancelación / Interrupción
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental 24hs. <input type="checkbox"/> Desmembramiento.	<input type="checkbox"/> Demora en la entrega del equipaje <input type="checkbox"/> Perdida / Robo de equipaje <input type="checkbox"/> Daños en el equipaje	<input type="checkbox"/> Cancelación del Viaje <input type="checkbox"/> Interrupción del Viaje <input type="checkbox"/> Demora de Viaje/Vuelo
D. Repatriación	E. Gastos Médicos	E. Otros (Especifique tipo de cobertura reclamada)
<input type="checkbox"/> Evacuación Medica de Emergencia <input type="checkbox"/> Repatriación de Restos Mortales	<input type="checkbox"/> Por Hospitalización <input type="checkbox"/> Por Asistencia Ambulatoria/Dental <input type="checkbox"/> Medicamentos / Medicinas	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Reserva de derechos:

El presente cuestionario NO constituye un reconocimiento de cobertura del siniestro, pero será utilizado por el asegurador para analizar el mismo, conforme a las disposiciones y condiciones generales de la póliza y/o contrato de servicio en vigencia. La compañía se reserva el derecho de solicitar al reclamante documentación adicional en caso de considerarlo necesario.

Información del Siniestro

Fecha de ocurrencia (día/mes/año) y Hora de ocurrencia.		Lugar de la ocurrencia del siniestro
¿Ha sufrido esta enfermedad, lesión o condición similar o recaída de la misma con anterioridad a este suceso?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, por favor especificar:		
Describa en detalle cómo ocurrió el incidente		
Importe total de la pérdida (indicar tipo de moneda)	Cantidad que le ha sido devuelta por otros medios	Monto del reclamo en Pesos

Firma del Reclamante y autorización para acceder a su información medica

Firma	Lugar y Fecha
-------	---------------

Declaración sobre la Veracidad de los Datos Aportados

Declaro bajo juramento que los datos señalados en la presente denuncia son verdaderos y no se ha omitido ningún hecho o detalle importante relacionado con la información solicitada, comprometiéndome a cooperar con la compañía aseguradora para la mejor defensa de sus intereses. Nota: Esa información poder ser utilizada ante los tribunales de justicia, sin responsabilidad para ASSA Compañía de Seguros.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración

Número de Identificación

Importante:

La compañía se reserva el derecho de solicitar al reclamante documentación adicional en caso de considerarlo necesario.

Importante: Tenga en cuenta que por razones administrativas y/o regulatorias, en ocasiones, los proveedores médicos en muchos países, especialmente en los Estados Unidos, envían facturas directamente al paciente, incluso si se les ha proporcionado información de contacto de ASSA Travel. Si recibe algún tipo de factura o documentos relacionados al pago, le solicitamos remita las mismas, junto a su número de expediente, al Departamento de Siniestros quien se encargara de la evaluación de su caso. Puede contactarse a través de correo electrónico claimsba@travelguard.com o por teléfono al + 877-552-6835 (teléfono por cobrar a USA).

Documentación adicional requerida según el tipo de cobertura que se reclama

Sección A – Accidentes

Muerte Accidental 24 horas / Desmembramiento

- ☒ Completar formulario de reclamo a suministrar por la Compañía.
- ☒ Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT 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 Cédula de Asegurado y de los Beneficiarios o 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.
- ☒ Cualquier otro documento que solicite la Compañía para comprobar la ocurrencia del accidente.

Sección B - Equipajes

Demoras / Robo / Pérdida

- ☒ Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales
- ☒ Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- ☒ Informe comprobante de la pérdida, demora y/o daño emitido por el Transporte Público Autorizado responsable (PIR-Property Irregularity Report)
- ☒ Informe comprobante de la pérdida emitido por el Transporte Público Autorizado responsable (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, que señale el peso en kilogramos del Equipaje extraviado
- ☒ Declaración por ítem contenido en el Equipaje
- ☒ Boleto original de embarque del Equipaje

Sección C - Cancelación / Interrupción / Demora del viaje

- ☒ La declaración del Asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros contratos de asistencia, seguros, sistemas, asistencias o instituciones que otorguen beneficios de Cancelación y/o Interrupción del Viaje y al cual pertenezca el Asegurado
- ☒ Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- ☒ La entrega a la Aseguradora de los originales extendidos a nombre del Asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los Contratos De Viaje, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidas en el inciso anterior
- ☒ Carta explicativa con las razones de la cancelación y/o interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el Asegurado celebró el Contrato De Viaje, en la devolución de los valores pagados o adeudados
- ☒ Documentos médicos que acrediten la identidad del Asegurado, Compañero De Viaje o Miembro De La Familia de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la Enfermedad De Carácter Súbito o Accidente que diera lugar a la cancelación o interrupción del Viaje
- ☒ En caso de fallecimiento de un Miembro De La Familia, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del Asegurado o Compañero De Viaje se registrará el procedimiento para la cobertura de Muerte Accidental.
- ☒ Denuncia policial del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de incendio (Solo aplicable para el beneficio de Interrupción del Viaje)
- ☒ Recibo de indemnización emitido por el Transporte Público Autorizado Interrupción del Viaje)

¿Cuándo y dónde fue el viaje reservado?	Fecha Prevista de Inicio de Viaje
Fecha de cancelación / Interrupción del viaje	
¿Por qué motivo fue cancelado o interrumpido su viaje?	
Importe total de su viaje (adjuntar confirmación de reserva)	Cantidad que le ha sido devuelta por otros medios
Cantidad reclamada (indicar tipo de moneda)	

Sección E - Gastos Médicos

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.
- ☐ 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 E - Gastos Médicos

- ☐ 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.
- ☐ 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 incurridos.

Sección F - Otras (Especifique tipo de cobertura reclamada)

Especifique

DIRECCIÓN DE ENVÍO DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

Los documentos necesarios para el reembolso deberán ser enviados a la dirección correspondiente a su país de residencia:

ASSA Compañía de Seguros - Panamá

Ref: Siniestros Travel
Calle 50 y Aquilino De La Guardia
Edificio American Internacional, 4to Piso
Ciudad de Panamá, Panamá.
+507 302 5000

ASSA Compañía de Seguros – El Salvador

Ref: Siniestros Travel
Calle Loma Linda No 265
Col. San Benito,
San Salvador, El Salvador.
+503 225 03 200

ASSA Compañía de Seguros - Guatemala

Ref: Siniestros Travel
7 Avenida 12-23 Zona 9
Edificio Etisa, Nivel 3
Ciudad de Guatemala, Guatemala.
+502 2285 5900

ASSA Compañía de Seguros - Honduras

Ref: Siniestros Travel
Edificio Los Castaños, 4to Piso
Boulevard Morazán,
Tegucigalpa. M.D.C. Apartado postal 3220
+504 2202-8300

Preguntas Frecuentes

¿Qué hacer en caso de siniestro?

Entre en contacto con la Central de Asistencias al número correspondiente al país donde usted se encuentra; o solicite a la operadora telefónica local una llamada por cobrar al + (52) 559 126 9501 o bien por correo electrónico a la dirección medicalba@travelguard.com

Tenga siempre a mano los datos del tomador de la póliza y el número de la misma que figura en su certificado.

¿Cómo puedo hacer una llamada internacional a cobro revertido?

Paso 1: Localice el número de la operadora telefónica del país en donde se encuentra.

Paso 2: Llame a la operadora e infórmele que desea realizar una llamada por cobrar.

Paso 3: Indique a la operadora que usted quiere cobrar al Centro de Asistencia al + (52) 559 126 9501

Paso 4: Espere en línea hasta que la operadora lo conecte con el Centro de Asistencia.

¿Cómo me registro en un centro médico en caso de que me pidan que complete formularios?

Indique al momento del registro en el cuarto de urgencias, los siguientes datos de su asistencia en viajes:

Compañía:	Travel Guard Americas LLC
Dirección:	PO BOX 0852 Stevens Point, WI 54481-0852 USA
Teléfono:	+ (52) 559 126 9501

¿Qué hacer en caso de sufrir una emergencia que no le permita comunicarse con la central de operaciones?

Llame al teléfono de emergencia local en el país en que usted se encuentre (911 o equivalente). Una vez estabilizada la emergencia entre en contacto con la Central de Asistencia para reportar el hecho. En caso de corresponder (acorde a los términos y condiciones de su póliza/certificado), usted deberá abonar los gastos, y una vez de regreso a su país de origen, contra la presentación de facturas, la aseguradora le hará efectivo el reembolso de los gastos sujeto a las condiciones de la misma.

¿Qué hacer en caso de recibir asistencia, pagar por la consulta y no haber podido informar a la Central de Asistencias?

En este caso usted deberá conservar la factura original del servicio y posteriormente solicitar la revisión de su caso ante el Departamento de Siniestros de Travel Guard llamando a los números que se encuentran detallados en su certificado.

¿Qué hacer en caso de recibir cobros por parte de un centro médico por una asistencia en el extranjero brindada por Travel Guard?

En ciertos centros médicos en algunos lugares del mundo es común que se envíen facturas notificando tanto al paciente como a la compañía de seguros. En caso de recibir comunicaciones o facturas de parte de un hospital, médico o clínica, deberá comunicarse telefónicamente desde cualquier parte del mundo al + (52) 559 126 9501 o desde USA al 877-552-6835. También puede contactarse con Travel Guard a claimsba@travelguard.com y uno de nuestros analistas de reclamos le responderá dentro del lapso de 48 horas hábiles.