

Favor completar con letra imprenta 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 Titular

Nombre completo	Fecha de nacimiento	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	

Datos Personales del Asegurado Reclamante

Nombre completo	Fecha de nacimiento	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	

Indicar si existe otro seguro que pudiera cubrir este siniestro Sí No En caso afirmativo, indicar cuál y adjuntar copia de la póliza

Datos para Reembolso al Asegurado Titular

Nombre de la Cuenta	Número de Cuenta Cliente (17 dígitos)
Nombre del Banco	Tipo de Cuenta

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

Seleccione el beneficio objeto de su Reclamo

A. Accidentes	B. Equipajes y Demoras	C. Cancelación / Interrupción
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental 24hs.	<input type="checkbox"/> Demora en la entrega del equipaje	<input type="checkbox"/> Cancelación del Viaje
<input type="checkbox"/> Desmembramiento.	<input type="checkbox"/> Perdida / Robo de equipaje	<input type="checkbox"/> Interrupción del Viaje
	<input type="checkbox"/> Daños en el equipaje	<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"/> Por Hospitalización	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Repatriación de Restos Mortales	<input type="checkbox"/> Por Asistencia Ambulatoria/Dental	
	<input type="checkbox"/> Medicamentos / Medicinas	

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.



Compañía de Seguros, S.A.

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? Sí <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	

Firma del Reclamante y autorización para acceder a su información médica

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 puede ser utilizada ante los tribunales de justicia, sin responsabilidad para ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y otras Compañías de Seguro que posean información, archivo clínico, cuadrícula médica concerniente al reclamante para que suministren dicha información y/o documentación a ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Lugar y Fecha

Firma del Titular

Número de Identificación

Importante:

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P19-57-A05-707 de fecha del 25 de marzo del 2017.

La compañía se reserva el derecho de solicitar al reclamante documentación adicional en caso de considerarlo necesario. 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 AIG 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 encargará de la evaluación de su caso. Puede contactarse a través de correo electrónico tgclaimsbog@aig.com o por teléfono al + 1 817 826 7174 (teléfono por cobrar a USA).



Compañía de Seguros, S.A.

Documentación adicional requerida según el tipo de cobertura que se reclama

Sección A - Accidentes

Muerte Accidental 24 horas / Desmembramiento

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Completar formulario de reclamo a suministrar por la Compañía. | <input type="checkbox"/> Copia de documento de identidad. |
| <input type="checkbox"/> Original del Certificado de Defunción del Asegurado y con los timbres originales, expedido por la autoridad competente. | <input type="checkbox"/> Documentación pertinente que incluya la orden de alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad permanente. |
| <input type="checkbox"/> Fotocopias legibles de la Cédula de Asegurado y de los Beneficiarios o Certificado de Nacimiento en caso de ser los beneficiarios menores de edad. | <input type="checkbox"/> Cuando los beneficiarios fueran los herederos del Asegurado, la resolución de declaratoria de herederos dictada por un juez competente. |
| <input type="checkbox"/> Parte policial en caso de accidente de tránsito. | <input type="checkbox"/> Cualquier otro documento que solicite la Compañía para comprobar la ocurrencia del accidente. |

Sección B - Equipajes

Demoras / Robo / Pérdida

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Completar formulario de reclamo a suministrar por la Compañía. | <input type="checkbox"/> Copia de documento de identidad. |
| <input type="checkbox"/> Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales. | <input type="checkbox"/> Declaración por ítem contenido en el Equipaje |
| <input type="checkbox"/> Informe comprobante de la pérdida, demora y/o daño emitido por el Transporte Público Autorizado responsable (PIR-Property Irregularity Report) | <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> Boleto original de embarque del Equipaje | |

Sección C - Cancelación / Interrupción / Demora del viaje

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> Copia de documento de identidad. |
| <input type="checkbox"/> 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, Boucher 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. | <input type="checkbox"/> 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. |
| <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> 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 registrarán por el procedimiento para la cobertura de Muerte Accidental. |
| <input type="checkbox"/> 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). | <input type="checkbox"/> 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)	



Compañía de Seguros, S.A.

Sección E - Gastos Médicos

Evacuación médica de emergencia / Repatriación de restos mortales

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certificado extendido por el Médico donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico. | <input type="checkbox"/> Copia de documento de identidad. |
| <input type="checkbox"/> Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso. | <input type="checkbox"/> 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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado extendido por el Médico donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico. | <input type="checkbox"/> Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso. |
| <input type="checkbox"/> Copia de documento de identidad. | <input type="checkbox"/> Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten los gastos incurridos. |

Sección F - Otras (Especifique tipo de cobertura reclamada)

Especifique