

Favor de llenar una solicitud por cada titular, cotitular tercero autorizado

El Contratante y/o Asegurado deberá llenar **todas** las preguntas que en adelante se formulan, a menos de que en ella se especifique lo contrario:

Datos del Asegurado:

Nombre: _____
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Domicilio particular: _____
Calle número interior número exterior Colonia

código postal delegación o municipio ciudad o población entidad federativa

Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
día mes año

Teléfono(s) en que se pueda localizar: _____

Correo electrónico: _____ No cuento con Correo

CURP: _____ No cuento con CURP

RFC: _____ No cuento con RFC

Profesión: _____ Ocupación: _____
incluya grado de estudios actividad a la que se dedica

¿Tiene un negocio propio o es accionista de alguna sociedad?

Sí

No

Llene esta sección sólo en caso de que el beneficiario sea extranjero:

Nacionalidad _____ Número de Pasaporte _____ vigencia del pasaporte _____

Domicilio en que puedan ubicarse mientras permanecen en territorio nacional:

Calle número interior número exterior Colonia Código Postal

delegación o municipio ciudad o población entidad federativa

Domicilio en su país de origen: _____
Calle número interior número exterior Colonia

código postal ciudad o población entidad federativa

¿Cuáles son las razones por las que ha elegido celebrar un contrato en la República Mexicana?

Favor de anexar al presente formato los documentos siguientes:

1. Identificación: (vigente, con fotografía)
2. Constancia de CURP y/o RFC (si es que cuenta con ellas)
3. Comprobante de domicilio

Por este medio manifiesto bajo protesta de decir verdad que he verificado los datos y la información proporcionada, la cual es la correcta, verdadera y actualizada a esta fecha.

Este documento no será válido si tiene tachaduras o enmendaduras.

_____, de _____ del año _____

Nombre y Firma del contratante y/o asegurado

Cuestionario de reclamación

ASISTENCIA EN VIAJE

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

Reserva de derechos:

El presente cuestionario **NO** constituye un reconocimiento de cobertura del siniestro pero será utilizado por el Asegurador para analizar el siniestro, entendiéndose que podrá rechazar el siniestro conforme a las disposiciones y condiciones de la póliza de seguro.

Datos Personales del Reclamante

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

Nombre y Apellidos		DNI/Número de cédula/RUT/Identificación personal	
Domicilio del titular			
País	Provincia y Ciudad		Código postal
Teléfono de contacto (Residencia/Oficina)		Teléfono de contacto (Móvil)	
E-mail de contacto			

Detalles de la póliza o contrato y del viaje

Número de póliza o contrato		Número de referencia del expediente central de asistencia	
Fecha de inicio del viaje (dd/mm/aa)		Fecha de regreso del viaje (dd/mm/aa)	
Nro. de reserva/Ticket	Países Destinos (bajo itinerario del viaje)		

Tipo de cobertura

Marque con una X el motivo de su reclamación

A. Accidentes

<input type="checkbox"/>	Muerte Accidental 24 hs.
<input type="checkbox"/>	Desmembramiento

B. Equipajes y Demoras

<input type="checkbox"/>	Demora en la entrega del equipaje
<input type="checkbox"/>	Pérdida / Robo de equipaje
<input type="checkbox"/>	Daños en el equipaje

C. Cancelación/Interrupción/Demora

<input type="checkbox"/>	Cancelación del viaje
<input type="checkbox"/>	Interrupción del viaje
<input type="checkbox"/>	Demora de viaje/vuelo

D. Repatriación

<input type="checkbox"/>	Evacuación médica de emergencia
<input type="checkbox"/>	Repatriación de restos mortales

E. Gastos Médicos

<input type="checkbox"/>	Por hospitalización
<input type="checkbox"/>	Por asistencia ambulatoria/dental
<input type="checkbox"/>	Medicamentos

F. Otras (Especifique tipo cobertura reclamada)

<input type="checkbox"/>	Otra
<input type="text"/>	

Datos Generales del Incidente

Fecha de ocurrencia del incidente (dd/mm/aaaa)	País de ocurrencia del incidente
--	----------------------------------

Describa en detalle cómo ocurrió el incidente	
Importe total del reclamo	Cantidad devuelta por otros medios
Monto de la reclamación (indicar tipo de moneda)	

Firma del Reclamante y autorización acceso a información médica

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

Documentación adicional requerida según el tipo de cobertura

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 ó 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 policivo 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
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

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 registrarán por 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)

¿Cuándo y dónde fue el viaje reservado?	Fecha prevista de inicio del viaje
Fecha de cancelación/interrupción	
¿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 (agentes de viajes, aerolíneas, etc.)
Cantidad reclamada (indicar tipo de moneda)	

Sección D - Repatriación

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 incurrido con motivo de la repatriación de los restos mortales del ASEGURADO

Sección F - Otras (Especifique tipo de cobertura reclamada)

Especifique

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

Datos Información Bancaria para reembolso

Para pagos mediante transferencia bancaria, rellene los datos de la cuenta a continuación

Nombre y apellidos del beneficiario de la cuenta bancaria (tal y como aparecen en su extracto de cuenta)

Por favor especifique la moneda en la que desea que realicemos su transferencia y asegúrese que es posible realizar transferencias a su cuenta bancaria en la moneda elegida

Número de cuenta

Código SORT / Sucursal

Código SWIFT / BIC

Nombre del banco

Dirección del banco

Detalles del banco intermediario (en los casos que proceda)

Nombre del banco intermediario

Código SWIFT/BIC del banco intermediario

Nro. de cuenta del banco intermediario

Dirección de envío de la documentación solicitada

Por favor, envíe la documentación solicitada anteriormente a la dirección correspondiente a su país de residencia

Chartis Argentina

La Meridional - Casa Central
Tte. Gral. Perón 646 - 4to. Piso
Ciudad de Buenos Aires
República Argentina
C1038AAN
+ 54 11 4858 4925 / 4934

Chartis Chile

Agustinas 640
Santiago
Chile
+56 2 826 8108

Chartis Colombia

Chartis Seguros de Colombia S.A.
Calle 78 N 9-57 Piso 4
Bogotá
Colombia
+57 1 313 8700

Chartis Ecuador

La Metropolitana - Ecuador
Avenida Brasil 293 y Granda Centeno.
Edificio IACA, 5to piso
Ecuador
+593 2 246 6955

Chartis Guatemala

7 avenida 12-23 zona 9 Edificio Etisa 3er Nivel
Guatemala
+502 2285 5900

Chartis El Salvador

Chartis Seguros, El Salvador, S.A.
Calle Loma Linda No 265
Col. San Benito, San Salvador.
El Salvador, C.A.
+503 225 03 200

Chartis Honduras

Edificio Los Castaños, 4° Piso.
Boulevard Morazán,
Tegucigalpa. M-D.C. Apartado
postal 3220
+504 232 3938

Chartis México

Avenida Insurgentes Sur número 1136.
Colonia del Valle.
México, D.F. CP: 03219
+52 55 54884828

Chartis Panama

National Union Fire Insurance Company of
Pittsburg, PA
Calle 50 y Aquilino De La Guardia
Edificio American Internacional, 4to piso
Panama
+507 302 5000

Chartis Puerto Rico

American International Plaza
250 Avenida Muñoz Rivera, 5to Piso
Hato Rey, Puerto Rico 00918
+1 787 767 6400

Chartis Jamaica

American Home Assurance Company
Address 25 Dominica Drive, Kingston
5
Jamaica
+1 876 926 2074

Chartis Venezuela

C.A. de Seguros American International
Venezuela
Av. Francisco de Miranda, Edif. de Seguros
Venezuela, Pisos 6 y 12, Urb. Campo Alegre
Caracas - Venezuela
+58 212 901 4568

Chartis Aruba

American Home Assurance Company
Claims Department
Address PO BOX 0852 Stevens Point
WI USA
54881-0852
+1 877 552 6835

Chartis Brasil

Chartis Seguros Brasil S.A.
Rua Gomes de Carvalho, 1.306 - 12º andar -
Vila Olímpia
São Paulo - SP - Brasil
CEP: 04547-005
+55 11 3809

Preguntas Frecuentes

¿Qué hacer en caso de siniestro?

Póngase en contacto con la Central de Asistencia al número correspondiente del país desde donde usted llama; o solicite al operador local una llamada por cobrar al +54 11 4313 5836; 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 póliza que figura en su certificado.

¿Cómo puedo hacer una llamada internacional a cobro revertido?

- Paso 1: Encuentre el número de teléfono del operador del país que se encuentra.
- Paso 2: Llame al operador y dígame que usted quiere hacer una llamada por cobrar a Argentina
- Paso 3: Deje saber al operador que usted quiere cobrar al Centro de Asistencia al +54 11 4313 5836.
- Paso 4: Espere en línea hasta que el operador conecte usted 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: +54 11 4313 5836

¿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 completada la emergencia entre en contacto con la Central de Operaciones para reportar el hecho. En caso de corresponder, usted deberá abonar los gastos, y una vez de vuelta en su país de origen, contra la presentación de facturas, la aseguradora le hará efectivo el reembolso 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 reclamar ante 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 +54-11-5354-4080 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.