Formulario de Reclamación

PARA SER COMPLETADO POR EL TITULAR

I-INFORMACIÓN GENERAL

Número de Contrato de Triple-S	Número de ID o Pasaporte	Fecha de Efectividad (MM/DD/AAAA) / /	Fecha de Terminación (MM/DD/AAAA) / /

Cliente (Asegurado) Nombre Completo:	Nombre(s) Apellido(s)	Género [ ] Femenino [ ] Masculino	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
Dependiente Elegible Nombre Completo:	Nombre(s) Apellido(s)	Género [ ] Femenino [ ] Masculino	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
Dirección de la persona que presenta la reclamación:	Calle Ciudad Estado País Código Postal		

Correo Electrónico:		Teléfono Residencial:		Teléfono Celular:	

II-DETALLES DE LA RECLAMACIÓN

Tipo de Reclamación:

[ ] Accidente [ ] Enfermedad [ ] Lesión [ ] Equipaje [ ] Otro

Otro (Explique): _____

Fecha de Ocurrencia (MM/DD/AAAA) / /

Lugar de Ocurrencia

Ofrezca Detalles

Cantidad Reclamada

EN CASO DE RECLAMACIÓN POR ASISTENCIA MÉDICA:

¿Ha sufrido anteriormente síntomas iguales o similares?	[ ] Sí [ ] No
¿Ha recibido anteriormente tratamiento para esta condición?	[ ] Sí [ ] No
Si contestó afirmativo, ¿dónde y desde cuándo?	
Nombre del médico que le trató:	
Dirección del médico que le trató:	
Información de contacto del médico que le trató:	

III-DETALLES DE PAGO

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:	
BIC / SWIFT (Banco Beneficiario fuera de USA):	
ABA / # Ruta (Banco Beneficiario en USA):	
Banco Intermediario (si corresponde):	
Firma del Titular:	
Fecha:	

IV- AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Con mi firma a continuación, autorizo a cualquier médico con licencia, practicante médico, hospital, clínica u otro establecimiento médico o médicamente relacionado, compañía de seguros, agencia gubernamental, MIB, Inc. ("MIB") u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en la solicitud para proporcionar a Redbridge Assist, afiliados y reaseguradores dicha información, incluyendo copias de los registros relacionados a una opinión, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mis dependientes, sin limitación alguna a información relacionada con enfermedades mentales, uso de drogas y/o alcohol.

Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.

Firma del Cliente (Asegurado)	Firma del Dependiente Elegible (18 años o mayor)	/ / Fecha (MM/DD/AAAA)

INSTRUCCIONES PARA PROCESAR Y PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN (REEMBOLSO)

Para solicitar un reembolso o compensación, usted deberá:

1- Haber notificado dentro de las primeras **72 HORAS** de haber ocurrido el evento y obtenido la **Pre-Certificación** por REDBRIDGE;

2- Presentar a Redbridge dentro de los próximos **90 DÍAS** de haber ocurrido el evento, el Formulario de Reclamación y toda la documentación requerida para la evaluación correcta de su reclamación. Los formularios o reclamaciones presentadas después del plazo antes especificado, serán declinadas sin derecho a pago.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN (REEMBOLSO):

1. Formulario de Reclamación debidamente completado y firmado por el Asegurado de Triple S.
2. Evidencia del viaje, incluyendo copia de las páginas del pasaporte, itinerario y boletos de ida y vuelta.
3. Historial Médico que incluya notas del médico tratante, pruebas de diagnóstico, reportes de radiología y resonancia magnética, prescripciones o recetas médicas, entre otros.
4. Facturas y recibos de pagos originales que incluyan: nombre del paciente, fecha del servicio, diagnóstico y procedimiento, costo por servicio; nombre, dirección y teléfonos del médico y/o el hospital. En estos casos, el médico tratante deberá completar y firmar el formulario.
5. Copia de cualquier otro plan de asistencia al viajero, plan similar y/o póliza de seguro, aun cuando sea a través de Redbridge o sus afiliados.
6. Asistencia Legal y Fianza: reporte policial, orden judicial, factura original del abogado y evidencia de pago.
7. Boletos/Pasajes: presentar el segmento del pasaje no utilizado, siempre y cuando Redbridge tenga que pagar el costo de un pasaje o penalidad impuesta por el transportista.
8. Pérdida/Demora de Equipaje: Reporte de Irregularidad de Propiedad (PIR), copia de la etiqueta de control/identificación del equipaje y constancia del transportista aceptando su responsabilidad por la pérdida/demora del equipaje. Esta cobertura no aplicará en caso de que el transportista pague por el valor del contenido del equipaje.
9. Servicio de Remolque: copia del contrato de alquiler del vehículo, factura de la compañía de remolque y evidencia del pago.
10. Vuelo Demorado, Cancelado o Pérdida de Conexión: recibos originales por los gastos incurridos que hayan sido previamente aprobados por Redbridge y constancia del transportista aceptado su responsabilidad por la demora, cancelación o pérdida del vuelo de conexión.

IMPORTANTE

No se aceptan documentos ilegibles o alterados, copia de estados de cuentas bancarias y/o tarjetas de créditos.

Redbridge se reserva el derecho de solicitar cualquier información y/o documento adicional que estime necesario durante el proceso de evaluación de la reclamación y de verificar la autenticidad de dichos documentos.

ENVÍE TODOS LOS DOCUMENTOS A:

Redbridge I Departamento de Reclamaciones

P.O. Box 144490, Coral Gables, FL 33114 EE.UU.

Email: reclamacionesviajerotriples@redbridge.cc