

Formulario de Reembolso

Asistente En Viaje

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		Sexo	F M
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 <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 po 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 itinerrario del viaje)

Tipo de Cobertura

Seleccione el beneficio objeto de su Reclamo

A. Accidentes <input type="checkbox"/> Muerte Accidental 24hs. <input type="checkbox"/> Desmembramiento.	B. Equipajes y Demoras <input type="checkbox"/> Demora en la entrega del equipaje <input type="checkbox"/> Perdida / Robo de equipaje <input type="checkbox"/> Daños en el equipaje	C. Cancelación / Interrupción <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 Medica 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 / Medicinas	F. Otros (Especifique tipo de cobertura reclamada) <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 general 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?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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 poder ser utilizada ante los tribunales de justicia, sin responsabilidad para ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedor, 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.

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

Lugar y Fecha

Firma del Titular

Número de Identificación

Importante

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

- 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 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 compra 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 asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por la 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)
- Recibo de indemnización emitido por el Transporte Publico 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

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.

Sección F - Otras (Especifique tipo de cobertura reclamada)

Especifique

DIRECCIÓN DE ENVÍO DE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

ASSA Compañía de Seguros - Panamá

Ref: Siniestros Travel

Edificio ASSA.

Avenida Nicanor de Obarrio (Calle 50)

entre calle 56 y 57

Panamá, República de Panamá

(+507)300-2772



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 (57) 1 736 2153; o bien por correo electrónico a la dirección medicalba@aig.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 Bogotá Colombia.

Paso 3: Deje saber al operador que usted quiere cobrar al Centro de Asistencia al (57) 1 736 2153

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 siguiente datos de su asistencia en viajes:

Compañía:	Travel Guard Americas LLC
Dirección:	PO BOX 0852 Stevens Point, WI 54481-0852 USA
Teléfono:	(57)1 736 2153

¿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 cancelar los gastos, y una vez este de vuelta en 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 Asistencia?

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 notificadno 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 (57)1 736 2153 o desde USA al 1-877-552-6818. 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.

Servicio de Asistencia prestado por Travel Guard Americas, LLC.