

Fecha de solicitud:

Día	Mes	Año			

 Reclamación Núm.: _____ Número de póliza: _____**1. Información del asegurado principal**

Nombre completo: _____ Cédula o Pasaporte: _____

Género: F M Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año			

Fecha de salida:

Día	Mes	Año			

 Fecha de regreso:

Día	Mes	Año			

2. Información del dependiente (si es distinto al asegurado principal)

Nombre completo: _____ Cédula o Pasaporte: _____

Género: F M Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año			

Dirección del cliente: _____ Correo electrónico: _____

3. ReclamaciónTipo de reclamación: Accidente Enfermedad Equipaje Lesión Otros Fecha de ocurrencia:

Día	Mes	Año			

Otro (explique): _____ Lugar: _____

Detalles: _____

Monto reclamado: _____

4. 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 sí, ¿Dónde y desde cuándo? _____
- Nombre del médico que le trató: _____
- Dirección del médico que le trató: _____
- Información de contacto del médico que le trató: _____

Autorización

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica u otro centro médico o facilidad médica licenciada como tal, compañía de seguro, la Oficina de Información Médica u otra organización, institución o persona que tenga cualquier información sobre mi persona y mi salud o de mis dependientes elegibles inscritos bajo el plan, a suministrar dicha información a Redbridge Travel Assist (RTA) y a sus representantes o afiliados. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Nombre del Asegurado Principal_____
Fecha (MM/DD/AAAA)_____
Firma del dependiente elegible (18 años o mayor)**Pasos para someter una reclamación:**

1. Notificar a Seguros Reservas, S. A. **dentro de las 24 horas** luego de ocurrido el evento.
2. Enviar el formulario de la reclamación debidamente completado y firmado.
3. Presentarla documentación requerida.

Documentación requerida en una reclamación por Asistencia Médica:

- Facturas y/o recibos originales con la descripción y fecha de cada servicio brindado.
- Informe médico evidenciando el (los) diagnóstico(s) / tratamiento(s) recibido(s), copia de resultados de exámenes y pruebas diagnósticas realizadas.

Documentación requerida para presentar una reclamación No Médica:

- Enviar la documentación original de fuentes oficiales que apoyen la reclamación.
- Documentación requerida; pero no limitada a:
 - Reporte de la policía.
 - Certificado médico y/o de certificado de defunción.
 - Documento emitido por el transportista comercial regular (P.I.R.).
 - En caso de cancelación de viaje, se requiere copia de las políticas o documento original emitido por el transportista comercial regular (aéreo, marítimo o terrestre) confirmando la cancelación y reflejando el monto no reembolsable.

Para más detalles, favor de referirse al documento de las condiciones generales y particulares de la póliza. **Enviar documentos a:** P.O. Box 144490, Coral Gables, FL 33114, EE.UU.