



Asistencia en viaje

Completa el siguiente formulario y envíalo junto con la documentación solicitada, a la dirección especificada en el último apartado de este documento.

Datos personales del asegurado (Completa todas las secciones el cuestionario según correspondan)

Nombre completo (nombres, apellido paterno y materno):

DNI/Identificación nacional/Pasaporte/RUT:

Domicilio (calle, número exterior, número interior, colonia, delegación, municipio, ciudad o población, entidad federativa, código postal, país):

Teléfono de contacto (Residencia/Oficina):

Teléfono de contacto(Móvil):

E-mail de contacto:

Nombre del titular de la cuenta (adjuntar estado de cuenta bancario, no mayor a 3 meses).

Número de cuenta:

CLABE interbancaria:

Código SORT/Sucursal (Si aplica):

Código IBAN (Si aplica):

Nombre del banco:

Código SWIFT/BIC (Si aplica):

Dirección del banco:

Nombre del banco intermediario (Si aplica):

Código SWIFT/BIC del banco intermediario:

Número de cuenta del banco intermediario:

Indicar si existe otro seguro que pudiera cubrir este siniestro:

Si

No

En caso afirmativo, indicar cuál y adjuntar copia de la póliza:

Datos de la póliza de viaje

Plan contratado:

Número de póliza o contrato:

Número de reserva/ticket:

Número de referencia (expediente brindado por la central de asistencias):

Países destino (bajo itinerario del viaje):

Tipo de cobertura (Marca con una X el beneficio objeto de tu reclamo)

1. Accidentes

Muerte accidental 24 horas

Pérdida orgánica

2. Equipajes y demoras

Demora en la entrega del equipaje

Pérdida/Robo de equipaje

Daños en el equipaje

3. Viajes

Cancelación del viaje

Interrupción del viaje

Demora de viaje/vuelo

4. Repatriación

Evacuación médica de emergencia

Repatriación de restos mortales

5. Gastos médicos

Por hospitalización

Por asistencia ambulatoria/dental

Medicamentos/Medicinas

6. Otros (Especifica tipo de cobertura reclamada):

Información del siniestro

Fecha de ocurrencia:

Hora de ocurrencia:

Lugar de ocurrencia del siniestro:

DÍA

MES

AÑO

HH

:

MM

Horas

¿Has sufrido esta enfermedad, lesión o condición similar o recaída de la misma, con anterioridad a este suceso?

Si

No

En caso afirmativo, especifica:

Importe reclamado:

\$

Importe de la pérdida (Tipo de moneda):

\$

Cantidad devuelta por otros medios:

\$

Monto de reclamo en Pesos:

\$

Envío de la información

Toda la información deberá ser enviada en formato PDF y en forma legible a:
siniestros.mexico@aig.com

Firma del reclamante y autorización para acceder a su información médica

Nombre y firma

Lugar y fecha:

Consentimiento de divulgación de información (Obligatorio)

Entiendo que este Formulario de Reembolso debe ser firmado y presentado ante la compañía de seguros y/o su representante legal a fin de que mi solicitud pueda ser procesada por parte del Departamento de Siniestros. Al proporcionar mi información personal y mi firma, doy mi consentimiento para la recopilación y procesamiento (incluyendo el uso y divulgación) de mi información personal como se describe en Política de Privacidad de AIG (Puede acceder a una copia de la misma en www.aig.com.mx) y autorizo a AIG y a todos sus representantes autorizados para verificar toda la información y documentación proporcionada por mí y para recibir e intercambiar información sobre mi persona. En particular, doy mi consentimiento para la cesión de mis datos personales a nivel internacional.

Este Formulario de Reembolso no renuncia a ningún término o condición de la póliza de seguro.

Los actos fraudulentos por parte de cualquier persona con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otras personas mediante la presentación de una solicitud que contenga información engañosa o falsa, dará lugar a la denegación de la solicitud/reclamo, y puede estar sujeto a sanciones civiles y procesos penales. Este formulario de Siniestro debe estar completo y toda la documentación requerida deberá ser presentada con anterioridad al proceso de adjudicación de siniestro.

Estoy de acuerdo en este consentimiento de divulgación de información. También certifico que toda la información incluida en esta presentación es correcta y verdadera.

Firma

Nombre completo (nombres, apellido paterno y materno):

Lugar y fecha:

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 control de servicio en vigencia. La compañía se reserva el derecho de solicitar al reclamante documentación adicional en caso de considerarlo necesario.

Documentación adicional requerida según el tipo de cobertura que se reclama

1. Gastos Funerarios en el Extranjero o Repatriación de Restos.

- Acta de defunción
- Comprobante de gastos en que se haya incurrido.

2. Equipajes

Demoras/Robo/Pérdida

- Comprobantes originales de gastos por compras de electos personales.
- Copia de tu pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a tu país de residencia.
- Informe comprobante de la pérdida, demora y/o daño 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 del embarque del equipaje.

3. 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 tu pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a tu 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 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, demostrando 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 regirán 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 de viaje).
- 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:

DIA

MES

AÑO

Fecha de cancelación/interrupción de viaje:

DIA

MES

AÑO

¿Por qué motivo fue cancelado o interrumpido su viaje?

Importe total de su viaje (adjuntar confirmación de reserva):

\$

Cantidad reclamada (indicar tipo de moneda):

\$

Cantidad que ha sido devuelta por otros medios:

\$

4. Gastos Funerarios en el Extranjero o Repatriación de Restos.

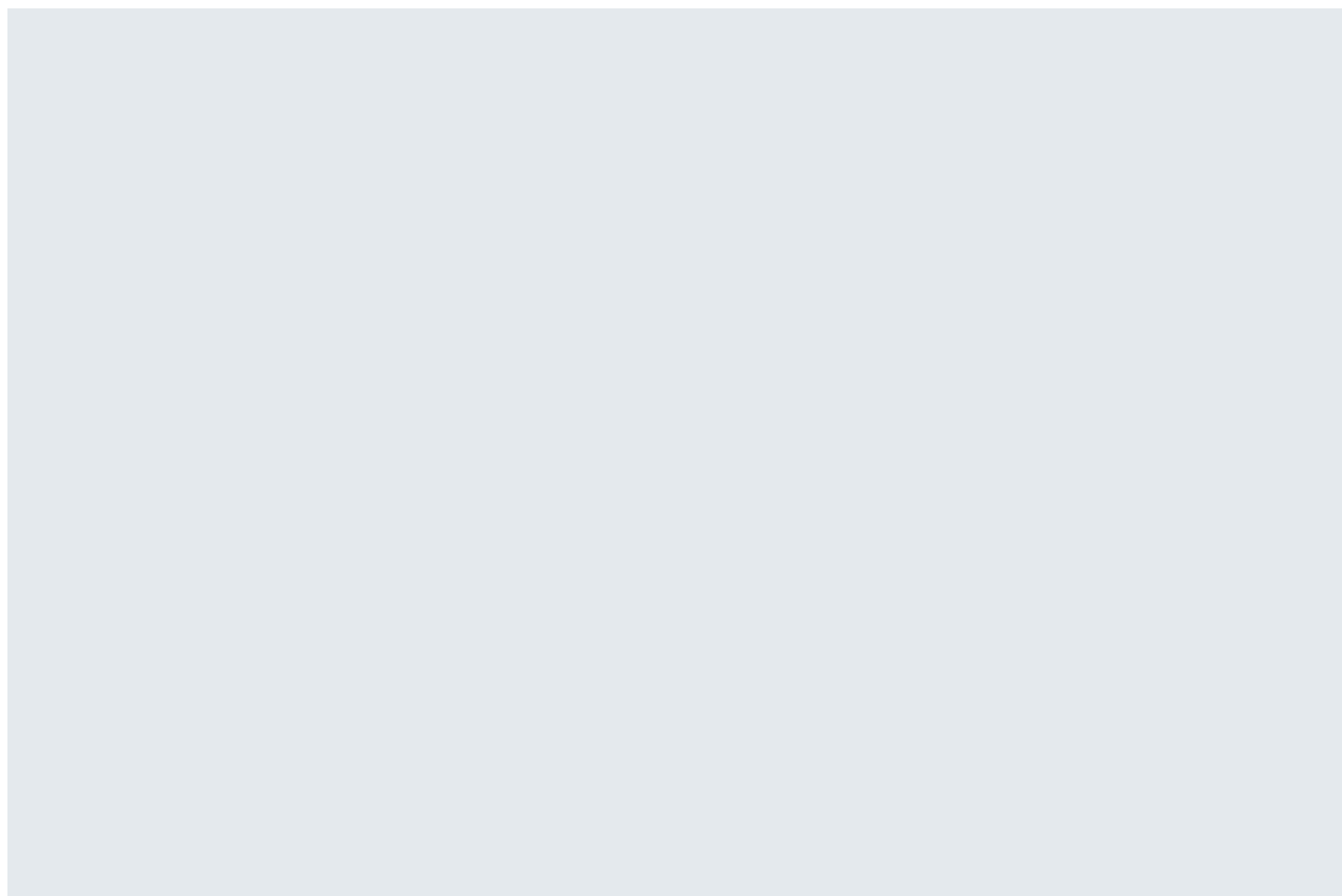
* Acta de defunción.

Comprobante de los gastos en que se haya incurrido.

5. Gastos Médicos.

- Evacuación médica de emergencia / 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 tu pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a tu 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.

Descripción detallada del evento:



Importante:

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

Por favor, ten 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 Business Travel Assistance o si nos hemos comunicado con ellos. Si recibes algún tipo de factura o documentos relacionados, por favor envíasalas a nuestro Departamento de Siniestros, quien se encargará de la evaluación de su caso.

Business Travel Assistance

Preguntas frecuentes

¿Qué hacer en caso de siniestro?

Entra en contacto con la Central de Asistencias al número correspondiente al país donde te encuentres, o solicita a la operadora telefónica local una llamada por cobrar, al: +57 1 736 2153 ó bien, por correo electrónico, a: medicalba@aig.com

Ten siempre a la mano los datos del tomador de la póliza y el número de la misma, que figura en tu certificado.

¿Cómo puedo hacer una llamada internacional de cobro revertido?

Paso 1: localiza el número de la operadora telefónica del país en donde te encuentras.

Paso 2: llama a la operadora e infórmale que deseas realizar una llamada por cobrar.

Paso 3: Indica a la operadora que quieres cobrar al Centro de Business Travel Assistance, al: +571 736 2153

Paso 4: Espera en línea hasta que la operadora te conecte con el Centro de Asistencia.

¿Cómo me registro en un centro médico en caso de que me pidan que complete formularios?

Indica el momento del registro en el cuarto de urgencias, los siguientes datos de tu asistencia en viajes:

Compañía: **Business Travel Assistance**

Dirección: **P.O. Box 0852**

Stevens Point, WI 54481 - 0852 USA

Teléfono: +5717362153

¿Qué hacer en caso de sufrir una emergencia que no te permita comunicarte con la central de operaciones?

Llama al teléfono de emergencia local en el país donde te encuentras (911 o equivalente). Una vez estabilizada la emergencia, entra en contacto con la Central de Asistencia para reportar el hecho. En caso de corresponder (acorde a los términos y condiciones de tu póliza/ certificado), deberás abonar los gastos y una vez de regreso a tu país de origen, contra la presentación de facturas, la aseguradora te 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 Asistencias?

En este caso, deberás conservar la factura original del servicio y posteriormente solicitar la revisión de tu caso ante el Departamento de Siniestros de Business Travel Assistance, llamando a los números que se encuentran detallados en tu certificado.

¿Qué hacer en caso de recibir cobros por parte de un centro médico por una asistencia en el extranjero, brindada por Business Travel Assistance?

Por favor, ten en cuenta que por razones administrativas y/o regulatorias, en ocasiones, los proveedores médicos en algunos países, especialmente Estados Unidos, envían facturas directamente al paciente, incluso si se les ha proporcionado información de contacto de Business Travel Assistance. Si recibes algún tipo de factura o documentos relacionados, por favor envías a nuestro Departamento de Siniestros, a: tgbogclaims@aig.com y un analista se pondrá en contacto contigo a fin de asesorarte.

