

Favor completar esta solicitud sin omitir ningún dato y enviarlo junto con la documentación solicitada a la dirección: reclamospersonassv@assanet.com. Para más información, llámanos al (+503) 2133-9600, opción 3.

Reserva de derechos

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

1. 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

2. Detalles de la Póliza y del Viaje

Número de póliza o contrato

Número de referencia del expediente 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)

3. Tipo de Cobertura

Marque con una X el motivo de su reclamación (puede marcar más de una opción)

A. Accidentes

- ☐ Muerte Accidental 24 hs.
- ☐ Desmembramiento

B. Equipajes y Demoras

- ☐ Demora en la entrega del equipaje
- ☐ Pérdida / Robo de equipaje
- ☐ Daños en el equipaje

C. Cancelación/Interrupción/Demora

- ☐ Cancelación del viaje
- ☐ Interrupción del viaje
- ☐ Demora de viaje/vuelo

D. Repatriación

- ☐ Evacuación médica de emergencia
- ☐ Repatriación de restos mortales

E. Gastos Médicos

- ☐ Por hospitalización
- ☐ Por asistencia ambulatoria/dental
- ☐ Medicamentos

F. Otras (especifique tipo de cobertura reclamada)

- ☐ Otra: _____

4. 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)

5. Firma del Reclamante y Autorización de 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, 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, 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 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) 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; así como los que acrediten el pago o reembolso de una parte de ellos.
- ☐ Carta explicativa con las razones de la cancelación y/o interrupción y el resultado obtenido 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, 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; 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 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 devuelta por otros medios (agentes, 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 médico incurrido.

Sección F - Otras

Especifique tipo de cobertura reclamada

- ☐ Documentación de respaldo pertinente al tipo de cobertura reclamada, según lo determine la Compañía.

Especifique

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