

Formulario de Reclamación

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

RECLAMO No.

I-INFORMACIÓN DEL TITULAR

Número de Certificado		Número de Pasaporte		Fecha de Efectividad (mm/dd/yyyy)		Fecha de Terminación (mm/dd/yyyy)	
Nombre Completo:				Género		Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	
	Nombre(s)	1er. Apellido	2do. Apellido	[] Femenino [] Masculino			
Dirección Residencial:							
	Dirección		Ciudad	Estado	País	Código Postal	
Correo Electrónico:				Teléfono Residencial:			Teléfono Celular:

II-INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO (si es diferente al Titular)

Nombre Completo:				Género		Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	
	Nombre(s)	1er. Apellido	2do. Apellido	[] Femenino [] Masculino			
Correo Electrónico:				Teléfono Residencial:			Teléfono Celular:

III-INFORMACIÓN DEL CASO

Tipo de Evento: [] Accidente [] Equipaje [] Lesión [] Enfermedad [] Hospitalización [] Otro: _____							
Ofrezca Detalles (Reclamación NO Medica)				Fecha de Ocurrencia (mm/dd/yyyy)		Lugar de Ocurrencia	

IV-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:	

V-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 (mm/dd/yyyy):	

VI-AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Como evidencia con mi firma abajo, autorizo a cualquier médico licenciado, practicante médico, hospital, clínica o cualquier establecimiento médico o médicamente relacionado, compañía de seguros, agencia gubernamental, MIB, LLC. ("MIB") o cualquier organización, institución o persona que tenga registros o conocimiento sobre mí o mi salud y mis dependientes nombrados en la solicitud para divulgar a Redbridge Assist, afiliados y reaseguradores dicha información, incluyendo copias de registros relacionados con cualquier consejo, atención o tratamiento proporcionado a mí o a mis dependientes, sin ninguna limitación a la información relacionada con enfermedades mentales, uso de drogas y/o alcohol.

Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma del Cliente (Asegurado principal)

Firma del Dependiente (mayor de 18 años)

Fecha (mm/dd/yyyy)



Formulario de Reclamación

INSTRUCCIONES PARA PROCESAR Y PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Para presentar una reclamación para reembolso, usted deberá:

- Haber notificado dentro de las primeras setenta y dos (72) horas de ocurrido el evento y obtenido la Pre-Certificación por REDBRIDGE;
- Presentar a REDBRIDGE dentro de los noventa (90) días de ocurrido el evento, el Formulario de Reclamación con todos los documentos requeridos. Cualquier reclamación presentada después del plazo antes aquí especificado, serán declinadas sin derecho a compensación.

Las facturas originales y los documentos requeridos deben ser enviados a:

Redbridge Network & Healthcare

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

Para iniciar el registro o trámite de una reclamación, usted debe:

- Entregar los documentos a su representante; o
- Enviar los documentos legibles en formato electrónico, preferiblemente PDF, a: claims@redbridge.cc;
- Para preguntas relacionadas con el estado de su reclamación, escribanos a: service@segurosatria.com

Para Servicio al Cliente, contáctenos a través de:

service@segurosatria.com | Tel: (829) 954-8525 | www.patria.redbridgeassist.com

DOCUMENTOS REQUERIDOS A PRESENTAR:

Siempre se solicitará la siguiente información:

- **Formulario de Reclamación** completado y firmado.
- **Foto de pasaporte** con sello de evidencia de entrada y salida del país.
- **Boletos** de ida y vuelta del viaje (en caso de que no haya sello en el pasaporte)

En caso de presentar una reclamación relacionada a beneficios médicos, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado por el paciente.
- Autorización a Revelar Información Médica firmada por el paciente.
- Evidencia del viaje, incluyendo copia de las páginas del pasaporte, itinerario y boletos de ida y vuelta.
- Historial Médico incluyendo las notas del médico tratante, pruebas de diagnóstico, radiología, imágenes magnéticas y prescripciones o recetas, entre otros.
- 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. El Formulario de Reclamación debe estar firmado por el médico tratante.

En caso de presentar una reclamación relacionada a beneficios de estadía de hotel, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Facturas correspondientes al pago realizado por la reserva del hotel de acuerdo con las condiciones de póliza y servicio. No se permiten estados de cuenta.

En caso de presentar una reclamación relacionada a regreso en una fecha diferente o traslado, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Entregar el segmento del pasaje no utilizado a Redbridge, siempre que la Compañía tenga que pagar el costo de un pasaje, o bien, diferencia o penalidad impuesta por el transportista.

APLICA PARA LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- **Traslado de un acompañante por hospitalización del Titular**
- **Regreso garantizado a una fecha diferente a la programada**
- **Regreso retrasado por Covid-19**
- **Regreso de acompañante de 15 años o menos, o adulto mayor de 75 años**
- **Regreso por fallecimiento de familiar**
- **Regreso por pérdida catastrófica de la residencia permanente**

En caso de presentar una reclamación relacionada a una repatriación funeraria, presentar:

- Acta de defunción de la persona cubierta.

En caso de presentar una reclamación relacionada a una asistencia legal o gasto por fianza, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Reporte policial, orden judicial, factura original del abogado y evidencia de pago.

En caso de presentar una reclamación relacionada a un vuelo demorado o cancelado y pérdida de conexión, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Facturas 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.

En caso de presentar una reclamación relacionada a la demora o pérdida definitiva del equipaje, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Reporte de Irregularidad de Propiedad (PIR).
- Copia de la etiqueta de control/identificación del equipaje.
- Constancia del transportista aceptando su responsabilidad por la pérdida/demora del equipaje.

Nota: Esta cobertura no aplicará en caso de que el transportista pague por el valor del contenido del equipaje.

En caso de presentar una reclamación relacionada a la pérdida de pasaporte, presentar:

- Formulario de Reclamación completado y firmado.
- Declaración jurada en pérdida de pasaporte.
- Comprobante del monto pagado por el trámite de la recuperación del pasaporte.

En caso de presentar una reclamación relacionada a la cancelación de un viaje por un evento catastrófico (cuando aún el cliente no ha iniciado su viaje), presentar:

- Comprobante de lo pagado por adelantado en relación con el importe total solicitado para el reembolso.
- Documentación original que evidencia su reclamación.
- Documentación original que evidencia cualquier reembolso o cualquier otro tipo de concesión proporcionado por la compañía aérea, línea de cruceros y otros, como un crédito para futuros viajes.

Nota: Cuando la cancelación del viaje sea relacionada al resultado de la prueba Covid-19 positiva y no pueda realizar el viaje debido a la cuarentena, adicional a lo anterior, presentar:

- Carnet de Vacunación de Covid-19 con esquema completo.
- Resultado positivo de la prueba Covid-19 emitida por un centro de laboratorio médico calificado.
- Resolución del Ministerio de Salud si el país así lo requiere.
- Documentos y facturas de multas cobradas por los servicios contratos que el Titular no podrá utilizar.