

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Sección A. Información

El Cliente (titular) es responsable de llenar en su totalidad este formulario, para evitar demoras en el proceso de la reclamación.

Número de certificado:	_____	Número de pasaporte:	_____
Fecha de salida:	_____ (MM/DD/AA)	Fecha de regreso:	_____ (MM/DD/AA)
Nombre completo del cliente (titular):	_____	Fecha de nacimiento:	_____ (MM/DD/AA)
Género:	_____	Fecha de nacimiento:	_____ (MM/DD/AA)
Nombre del dependiente elegible:	_____		
Género:	_____		
Correo electrónico:	_____		
Dirección del cliente (titular) o de la persona que presenta la reclamación:	_____		

Tipo de reclamación: _____ Fecha de ocurrencia: _____ (MM/DD/AA)

Otro (explique): _____ Lugar: _____

Detalles: _____

Monto Reclamado: _____

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:	_____	

Sección B - 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 fotostática de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma del cliente (titular): _____

Firma del dependiente elegible (18 años o mayor): _____

Fecha de la firma: _____ (MM/DD/AA)

Pasos para someter una reclamación:

1. Notificar a **REDBRIDGE TRAVEL ASSIST (RTA)** dentro de las 24 horas luego de ocurrido el evento.
2. Enviar el formulario de la reclamación debidamente completado y firmado.
3. Presentar la 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) y tratamiento(s) recibido(s), copia de resultados de exámenes y pruebas diagnósticas realizadas.
- Copia de las recetas médicas.

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 texto del Plan de Servicios de Asistencia al Viajero.

ENVIAR DOCUMENTOS A:

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