

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:	_____	Fecha de regreso:	_____
	(MM/DD/AA)		(MM/DD/AA)
Nombre completo del cliente (titular):	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Género:	_____		(MM/DD/AA)
Nombre del dependiente elegible:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Género:	_____		(MM/DD/AA)
Correo electrónico:	_____		
Dirección del cliente (titular) o de la persona que presenta la reclamación:	_____		
Tipo de reclamación:	_____	Fecha de ocurrencia:	_____
Otro (explique):	_____	Lugar:	_____
			(MM/DD/AA)
Ofrezca detalles:	_____		

En caso de Reclamación por Asistencia Médica:

- ¿Ha sufrido anteriormente síntomas iguales o similares?
- ¿Ha recibido anteriormente tratamiento para esta condición?
- 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:

Sí	No
Sí	No

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 General de Seguros, 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 **GENERAL DE SEGUROS** 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 la aerolínea comercial

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.