TRAVEL GUARD
CHARTIS

Formulario de Notificación de Siniestro CHARTIS TRAVEL GUARD

DATOS DEL TITULAR TOMADOR DE LA PÓLIZA

Nombre y Apellidos del titular: Tal cual aparece en la póliza, tarjetahabiente.	No. de documento o cédula:
Número de Póliza / Tarjeta:	

DATOS DEL SINIESTRADO O BENEFICIARIO (PERSONA QUE UTILIZÓ LA ASISTENCIA)

Nombre y Apellidos:			No. de documento o cédula:
Fecha de Nacimiento DD MM AA	Edad:	Número de caso (Expediente):	
Domicilio Permanente (Asegurado):		Ciudad:	País:
CUAL ES SU PROFESIÓN?			
Teléfonos:	Oficina:	Celular:	E-mail:

DATOS DE VIAJE

Fecha de salida DD MM AA	Fecha de regreso DD MM AA	

FECHA Y HORA DEL INCIDENTE OBJETO DE ESTA RECLAMACIÓN / PAÍS Y CIUDAD DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE

Fecha DD MM AA	País:	Ciudad:

MARCAR CON UNA X SI PRESENTÓ PROBLEMAS CON EL EQUIPAJE

Retraso de equipaje ☐	Número de horas de retraso	Pérdida de equipaje ☐	Número de maletas	Peso de cada maleta

DÓNDE Y COMO OCURRIÓ EL INCIDENTE?
(DAR DETALLES COMPLETOS)

INFORMACIÓN PARA RECLAMACIONES MÉDICAS

CUÁL FUÉ EL DIAGNÓSTICO MÉDICO:		
¿USTED ESTUVO HOSPITALIZADO? SI ☐ NO ☐	FECHA DE LA HOSPITALIZACIÓN (ENTRADA) DD MM AA	Hora: :
	FECHA DE SALIDA HOSPITALIZACIÓN (ALTA) DD MM AA	Hora: :
¿ESTABA USTED BAJO TRATAMIENTO MÉDICO ANTES DEL INCIDENTE? SI ☐ NO ☐	ESPECIFIQUE TRATAMIENTO:	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MEDICO QUE LO ATIENDE REGULARMENTE:		

CHARTIS SEGUROS COLOMBIA S.A. no asume ninguna responsabilidad por errores o demoras en los pagos que se realicen mediante transferencia electrónica, cuando los mismos se originen en información defectuosa, incompleta o equivocada suministrada por los proveedores o beneficiarios.

DATOS CUENTA CORRIENTE O AHORROS DEL ASEGURADO PARA TRANSFERENCIA DENTRO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA CUENTA NO DEBE SER CONJUNTA

Nombre titular de la cuenta:
Número identificación (C.C./NIT):
Dirección:
País:
Ciudad: Municipio:
Teléfono:
Fax:
E-mail:
BANCO DEL BENEFICIARIO
Entidad Financiera:
Tipo Cuenta: AHORROS ☐ CUENTA CORRIENTE ☐
Número Cuenta:
Sucursal donde tiene la Cuenta:
Anexar: Copia de documento de identificación y extracto o certificación bancaria. Si falta alguno de estos documentos se expedirá cheque.

DATOS DE LOS MONTOS A RECLAMAR

Las sumas a reclamar opera por reembolso, por lo tanto para efectuar el desembolso, las facturas deben haber sido canceladas previamente por el asegurado. Adjuntar facturas originales y soportes de los pagos a reclamar. Relacione a continuación los gastos:

FECHA	DETALLE DEL GASTO	MONTO	MONEDA

AUTORIZACIÓN DE PEDIDO DE INFORMACIÓN.
Autorizo legalmente a revelar cualquier información confidencial, incluyendo diagnóstico, tratamiento, exámenes médicos o copia de mi historia clínica a Travel Guard Américas. Fotocopia de esta firma es válida como la original.

AUTHORIZATION OF REALEASE OF INFORMATION.
I hereby authorize the release of medical information, including diagnosis, treatment, medical history and bills to Travel Guard Americas. A copy of this is valid as an original.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ADJUNTAR AL FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL CASO:

Para todos los reclamos

1. Formulario de Reclamo
2. Copia de la póliza adquirida con nosotros, y/o tarjeta.
3. Fotocopia a color del pasaporte, primera página y donde están los sellos de Emigración de Colombia, cuando ocurrió el incidente.
4. Fotocopia cédula de ciudadanía.
5. Certificado de parentesco cuando el siniestrado es el beneficiario.

Si usted tuvo un caso médico:

1. Reporte o informe médico (Historia clínica o Epicrisis, Exámenes Médicos, Rayos X, Etc.)
2. Receta médica (Fórmula médica).
3. Cuentas correspondientes a servicios médicos y/o medicinas (Facturas originales).
4. Soportes de los pagos de las facturas a reembolsar.
5. Soporte del deducible, cancelado al proveedor médico.

Si usted tuvo un caso de asistencia de equipaje:

1. Formulario P.I.R. (Property Irregularity Report) entregado por la aerolínea.
2. Boleto aéreo o Boarding Pass.
3. Documento que acredite el pago de indemnización por parte de la Aerolínea. En caso de ser negada la indemnización, adjuntar el documento que certifique dicha decisión.
4. Relacione una lista y cotización de todos los artículos perdidos que llevaba en su equipaje.
5. Presentar constancia por escrito emitida por la aerolínea en la cual conste información del vuelo, causa de demora o cancelación, tiempo estimado de demora.
6. Formulario suministrado por la aerolínea donde conste la entrega del equipaje.
7. Recibos que acrediten los gastos por artículos de primera necesidad efectuados por el titular a consecuencia del evento ocurrido con su equipaje. (Facturas originales de todos los gastos a reembolsar las cuales quedan en poder de CHARTIS Seguros Colombia S.A.)

Si usted tuvo gastos por otra cobertura comuníquese con nosotros para orientarlo.

NOTA: LAS FACTURAS DEBEN REMITIRSE EN SU FORMATO ORIGINAL, QUEDANDO ÉSTAS EN PODER DE CHARTIS SEGUROS COLOMBIA S.A. PARA LOS FINES PERTINENTES.

Una vez completado el formulario para solicitar su reembolso, este debe ser enviado junto con la documentación pertinente a la siguiente dirección:

CHARTIS TRAVEL GUARD COLOMBIA: Calle 78 No. 9 - 57 Piso 1
Bogotá, Colombia I Teléfono: 313 8700

(1) En ningún caso el envío del presente formulario y/o su documentación accesoria garantiza el pago de los gastos reclamados a TGA. Toda la información es sometida a revisión por parte de nuestros auditores y sujeta a los términos y condiciones de la póliza contratada por el titular. Certifico que todas las respuestas y declaraciones vertidas en la presente son verídicas y ajustadas a la realidad.

Se firma en la ciudad de _____ a los _____

del mes de _____ de _____

Firma y CC. del Reclamante

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHARTIS

BOGOTÁ: Calle 78 No. 9-57 Piso 2 PBX: (1) 313 8700 Fax: (1) 255 5490 I **MEDELLÍN:** Carrera 43A No. 3 - 101 Of. 301 PBX: (4) 266 3311 Fax: (4) 268 1813
CALI: Calle 64 Norte No 5B -146 Of. 41 PBX: (2) 666 2929 Fax: (2) 666 2920 I **PEREIRA:** Carrera 7a. No.16 - 50 Piso 11 PBX: (6) 3354357 Fax: (6) 335 8330
BARRANQUILLA: Calle 77B No 57-141 Oficina104 Centro Empresarial Las Américas PBX: (5) 368 2224 Fax: (5) 368 2284
BUCARAMANGA: Calle 51 A No 31-56 PBX: (7) 643 9966 Fax: (7) 643 9922 I **LINEA FÁCIL NACIONAL:** 01 8000 522 244
E-mail: servicioal.cliente@chartisinsurance.com