

Formulario de Reclamación

En caso de que necesite Asistencia Médica de Emergencia, por favor póngase en contacto de manera gratuita al teléfono 855-308-3483. Para llamadas internacionales, marque +1-319-448-3483 o envíe un correo electrónico a diveassure@robinassist.com de inmediato.

Robin Assist ha sido designado para proporcionar servicios de asistencia médica de emergencia y gestionar la solicitud de su reclamación. Para ayudarnos a procesar su reclamación de forma rápida, por favor, siga las siguientes instrucciones:

1. Complete un **formulario de reclamación de forma separado** por cada persona asegurada.
2. Si está presentando una **reclamación después de un accidente o lesión**, por favor complete las secciones A, B, J y K.
3. Si está presentando una **reclamación por un incidente no médico o pérdida de equipaje personal**, por favor complete las secciones A y D-K según corresponda.
4. Si está presentando una **reclamación por Accidente Personal**, por favor complete las secciones A, C, J y K en su totalidad.
5. Por favor, envíe este formulario relleno completamente por correo electrónico a claims@robinassist.com con TODAS las facturas originales relacionadas con la reclamación, además de la prueba de viaje (por ejemplo, confirmaciones por correo electrónico del viaje, facturas de reserva, billete de avión). ¡Todas las presentaciones DEBEN ser recibidas por Robin Assist dentro de los 90 DÍAS posteriores a la fecha de la pérdida o inicio del tratamiento!

| A. DETALLES DEL ASEGURADO PRINCIPAL | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sr. / Sra. / Srta. / Otro: | Nombre: | Apellidos: |
| Domicilio: | | |
| Código Postal: | País: | Número de teléfono: |
| E-mail: | | Nº de póliza: |
| Moneda de la Póliza: <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> GB£ <input type="checkbox"/> Otro (especificar) | | Se puede aplicar un deducible de reclamación a cada beneficio. La moneda del beneficio máximo y del exceso de póliza se determina por la moneda con la que se compró su póliza de viaje. |
| DETALLES DEL RECLAMANTE (si son diferentes a los anteriores) | | |
| Sr. / Sra. / Srta. / Otro: | Nombre: | Apellidos: |
| Domicilio: | | |
| Código Postal: | País: | |
| E-mail: | | Número de teléfono: |
| Ocupación: | | |
| Motivo del viaje: | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Trabajo |
| Fechas del viaje: (DD/MM/AAAA) | Del: | Al: |
| ¿La reclamación es el resultado de un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

| DECLARACIÓN | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Para fines de protección de datos, reconozco que cualquier dato personal obtenido de mí como resultado de esta reclamación será almacenado y procesado para la administración de seguros y la investigación de reclamaciones. Para este propósito, la información también puede ser compartida con terceros seleccionados y reaseguradores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consiento el procesamiento de datos sensibles sobre mí y otras personas que puedan estar aseguradas bajo el contrato. • Entiendo que todos los datos personales que proporcione deben ser precisos y que tengo el consentimiento específico de esas otras personas aseguradas para divulgar sus datos personales. • Consiento la investigación de información de otros aseguradores, agencias de crédito y otra información para verificar las respuestas que hemos proporcionado y autorizaré la divulgación de dicha información. • Declaro que, al liquidar, transfiero todos los derechos de subrogación y recuperación al Asegurador y/o su Perito de Pérdidas. Tenga en cuenta que tenemos derechos de salvamento y/o recuperación y ejerceremos estos derechos cuando corresponda. • Declaro que, según nuestro leal saber y entender, la información presentada en este formulario es correcta y completa. | |
| <p>Una copia de nuestra Política de Privacidad de Datos está disponible bajo petición</p> | |
| Persona Asegurada: | Asegurado Principal/Titular de la Póliza (si es diferente) |
| Nombre y apellidos: | Nombre y apellidos: |
| Firma: | Firma: |
| Al escribir mi nombre en este formulario, estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es equivalente legal a mi firma manual y escrita a mano. | Al escribir mi nombre en este formulario, estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es equivalente legal a mi firma manual y escrita a mano. |
| B. GASTOS MÉDICOS Y BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN | |
| Naturaleza de la enfermedad/lesión: | |
| Fecha en que ocurrió la enfermedad/lesión (DD/MM/AAAA): | Hora en que ocurrió la enfermedad/lesión: |
| Dónde ocurrió la enfermedad/lesión: | |
| Por favor, proporcione una descripción detallada de cómo ocurrió la lesión: | |
| Nombre del médico de familia/personal del reclamante (incluso si no ha sido consultado): | |
| Dirección del médico de familia/personal del reclamante: | |
| Número de teléfono: | Email: |
| Nombre y dirección del (los) médico(s) y/o hospital(es) donde se recibió el tratamiento: | |
| Si el tratamiento se brindó en el hospital como paciente interno, por favor confirme las fechas: | |
| ¿Se contactó a la Compañía de Asistencia de Emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Por favor, indique la razón por la cual no se contactó): | |
| ¿Estaba la Persona Asegurada embarazada?: <input type="checkbox"/> Sí (semanas de embarazo) <input type="checkbox"/> No | |
| Si la Persona Asegurada ha sufrido una enfermedad, ¿ha padecido esto antes?: <input type="checkbox"/> Sí (Por favor, proporcione detalles: <input type="checkbox"/> No | |
| ¿La Persona Asegurada tiene Seguro Médico Privado?: <input type="checkbox"/> Sí (Por favor, proporcione los detalles del asegurador, incluyendo el nombre, la dirección y el número de póliza: <input type="checkbox"/> No | |
| PARA CIUDADANOS DE LA UE SOLAMENTE | |

¿Se llevó consigo la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) en el viaje? Sí No

¿Se presentó en el hospital/médico? Sí No

C. ACCIDENTE PERSONAL

¿Cuándo ocurrió la lesión o (en caso de fallecimiento) la muerte?

Por favor, detalle la naturaleza de la pérdida o cómo ocurrió la muerte:

¿La lesión o causa de la muerte fue el resultado de causas naturales?: No: Sí (por favor, proporcione detalles):

País del incidente:

Cantidad reclamada:

En caso de fallecimiento, deberá obtener un Certificado de Defunción emitido por una autoridad autorizada; la copia original debe ser enviada a claims@robinassist.com.

D. CANCELACIÓN / ANULACIÓN

¿Cuándo se reservó el viaje (DD/MM/AAAA)?:

País de Destino:

¿Cuándo se canceló/anuló el viaje (DD/MM/AAAA)?:

Por favor, proporcione una explicación detallada de la causa de la cancelación del viaje:

Si la cancelación no fue debida a la persona que viajaba, por favor confirme el nombre de la persona que causó la cancelación del viaje y su relación con la(s) persona(s) que viajaban:

Si el viaje fue cancelado, ¿se contactó con la Compañía de Asistencia de Emergencia?

Sí (Por favor, proporcione el número de referencia dado: No

De lo contrario, ¿se generaron gastos adicionales?? No Sí (Por favor, proporcione los detalles a continuación y envíe todas las facturas/recibos relacionados con esta reclamación:

Por favor, confirme la persona a la cual se le debe realizar el reembolso:

Cantidad reclamada:

DOCUMENTOS ADICIONALES REQUERIDOS

Si el viaje fue cancelado debido a una lesión/enfermedad de la persona que viajaba, requerimos confirmación escrita del Médico General, que la Persona Asegurada no estaba en condiciones de viajar.

Si el viaje fue cancelado debido a la lesión/enfermedad de un tercero, requerimos confirmación escrita del Médico General del tercero confirmando la lesión/enfermedad.

Por favor, también proporcione:

- Documentación que respalde la cancelación del viaje por cualquier otro factor no descrito anteriormente.
- Factura de la reserva original.
- Factura de cancelación que muestre los cargos incurridos.

E. RETRASO / PÉRDIDA DEL VIAJE

Motivo del retraso en el viaje / pérdida:

RETRASO DE VIAJE

Fecha y hora programada de salida:

DOCUMENTOS ADICIONALES REQUERIDOS:

- En caso de pérdida de equipaje personal, todos los incidentes DEBEN ser reportados a la policía local dentro de las 24 horas. Se debe obtener un número de incidente y un informe de pérdida y enviarlo a claims@robinassist.com.
- Si la pérdida ocurrió en el aeropuerto o en la aeronave, el incidente DEBE ser reportado a la aerolínea dentro de las 24 horas a través de un Informe de Incidente. Requerimos que el Informe de Incidente se adjunte a este formulario de reclamación.
- Proporcione pruebas de la compra/originalidad, es decir, recibos, estados de cuenta bancarios/tarjetas de crédito, fotografías, empaques, manuales de instrucciones, valoraciones, etc.
- Tenga en cuenta que podemos hacer una deducción en la reclamación si no se proporciona prueba de compra y/o si se aplica desgaste.
- Si los artículos ya han sido reemplazados, por favor envíe la factura o recibo de reemplazo.

G. PÉRDIDA DE PASAPORTE

Por favor, confirme dónde se perdió el pasaporte:

Por favor, proporcione detalles sobre los gastos incurridos para reemplazar el pasaporte, incluidos los recibos:

H. GASTOS DE CUARENTENA

Fecha de diagnóstico de COVID-19:

Período de cuarentena:

Gastos de alojamiento:

País de cuarentena:

Otros gastos:

Importe reclamado:

I. PÉRDIDA DE DÍAS DE BUCEO

Fechas originales de buceo (DD/MM/AAAA):

Fechas de los días de buceo perdidos (DD/MM/AAAA):

Por favor, proporcione una explicación detallada de la causa de la pérdida de los días de buceo:

Importe reclamado:

País pérdida de días de buceo:

J. MÉTODO DE REEMBOLSO

Nuestro método de pago preferido es electrónico para asegurarnos de que usted reciba su pago lo antes posible, si bien, también podemos emitir cheques en la mayoría de los países.

Por favor reembolsar: Asegurado Principal Proveedor

| |
|----------------------------------------|
| Nombre del Banco: |
| Beneficiario de la cuenta: |
| Número de cuenta / IBAN: |
| Número de ruta / Número ABA: |
| Código de clasificación o código SWIFT |
| Dirección del banco: |

K. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a cualquier médico u otro profesional de la salud, hospital o instalación relacionada con la salud, farmacia, proveedor de servicios médicos, empleador, administrador del plan de beneficios y cualquier agencia gubernamental federal, estatal o local, a proporcionar una copia completa de toda la información médica para su uso y divulgación según se describe en esta autorización. Además, autorizo la liberación de cualquier información médica y otra información en su posesión o control a Robin Assist y/o sus abogados, ya sea directamente o a través de un agente representante que actúe en su nombre, toda la información médica que puedan solicitar, incluyendo, pero no limitado a registros médicos, informes, gráficos, radiografías, películas y informes de laboratorio.

También por la presente autorizo la liberación de toda la información médica relacionada con el diagnóstico, cuidado y tratamiento para el abuso de alcohol, abuso de drogas o salud mental. Además, autorizo la liberación de todos los registros y estados de facturación en su posesión o control.

También autorizo a Robin Assist, a sus representantes o a sus agentes a divulgar la información obtenida de conformidad con esta autorización a proveedores de atención médica, aseguradoras, reaseguradoras o administradores de reclamaciones, y cualquier agencia gubernamental que considere apropiada únicamente con el propósito de evaluar y administrar cualquier reclamación de beneficios. Además, entiendo que la información puede ser divulgada de la siguiente manera:

- A otras personas u organizaciones que realicen servicios comerciales o legales en relación con cualquier reclamación.
- Según lo requiera legalmente.
- A cualquier persona o representante legalmente autorizado según lo he indicado.
- Según yo pueda autorizar adicionalmente; o según sea necesario para prevenir o detectar la comisión de fraude.

Esta "Autorización para la Divulgación de Información Médica" está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado acción en confianza en ella y, si no se revoca por escrito antes, permanecerá válida por dos (2) años a partir de la fecha de firma. Acepto que se aceptará una copia fotográfica, electrónica o por fax de la autorización y será tan válida como el original. Sé que puedo solicitar recibir una copia de esta Autorización.

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Nombre y Apellidos: | Fecha: |
| Firma: | |
| <i>Al escribir mi nombre en este formulario, estoy firmando electrónicamente, y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manual, escrita a mano.</i> | |

Por favor, envíe el formulario de reclamación relleno y adjuntando los documentos de respaldo (INCLUYENDO PRUEBA DE VIAJE) a Robin Assist a claims@robinassist.com. Para cualquier consulta sobre su reclamación, no dude en ponerse en contacto al teléfono 866-898-0921 seleccionado la extensión 3.

Aviso de privacidad:

Los datos personales se recopilan y se conservan para evaluar su reclamo y están sujetos a nuestra Política de Privacidad. Una copia de este Aviso de Privacidad y cómo se utilizan y conservan sus datos personales está disponible bajo petición.

Formulario de Autorización del Representante Personal

Por favor, envíe el formulario de reclamación relleno y TODA la documentación de respaldo a Robin Assist: claims@robinassist.com

| A. ASEGURADO | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre y Apellidos: | |
| Número de Póliza #: | Reclamación #: |
| Fecha de Nacimiento: (DD/MMM/AAAA) | |
| Domicilio: | |
| Código Postal: | País: |
| Teléfono de contacto: | Email: |
| B. REPRESENTANTE PERSONAL | |
| Nombre y Apellidos: | |
| Fecha de Nacimiento (DD/MMM/AAA): | |
| Domicilio: | |
| Código Postal: | País: |
| Teléfono de contacto: | Email: |
| C. AUTORIZACIÓN | |
| <p>Autorizo que la información confidencial mantenida por Robin Assist sea divulgada y/o recibida por las personas u organizaciones indicadas a continuación con su firma. Entiendo que tengo derecho, previa solicitud, a recibir una copia de este formulario firmado.</p> <p>Por la presente, autorizo la solicitud y divulgación de mi información confidencial mantenida a mi representante personal. Al nombrar a la persona mencionada a continuación, como mi representante personal, entiendo que estoy autorizando a dar a esta persona acceso a mi información confidencial y registros médicos, el derecho a hablar sobre mi atención médica y el derecho a tomar decisiones que me vinculen.</p> <p>Esta "Autorización del Representante Personal" está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado acción basada en ella y, si no se revoca por escrito antes, permanecerá válida por dos (2) años a partir de la fecha de firma. Acepto que se aceptará una copia por correo electrónico de la autorización y será tan válida como el original. Sé que puedo solicitar recibir una copia de esta Autorización.</p> | |
| Persona Asegurada | Representante Personal |
| Nombre y Apellidos: | Nombre y Apellidos: |
| Firma: Al escribir mi nombre en este formulario, estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manual, escrita a mano. | Firma: Al escribir mi nombre en este formulario, estoy firmando electrónicamente y esta firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manual, escrita a mano. |
| Fecha: | fecha: |

Aviso de Privacidad

Los datos personales se recopilan y se mantienen para evaluar su reclamo y esto está sujeto a nuestro Aviso de Privacidad. Una copia de este Aviso de Privacidad y cómo se utilizan y mantienen sus datos personales está disponible bajo petición.