

Formulario de Reclamación

En caso de necesitar Asistencia Médica de Emergencia, por favor póngase en contacto en el **Número gratuito – 855-308-3483**

Para llamadas internacionales, marque +1-319-448-3483 o envíe un correo electrónico a diveassure@robinassist.com

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 independiente para 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 cumplimentado por correo electrónico a claims@robinassist.com con TODAS las facturas originales relacionadas con su reclamación, además de comprobantes del viaje (por ejemplo, confirmaciones por correo electrónico del viaje, facturas de reserva, billete de avión). Todas las presentaciones DEBEN ser enviadas a Robin Assist dentro de los 90 DÍAS posteriores a la fecha de la pérdida o inicio del tratamiento

A. Datos del asegurado principal

Sr.	Sra.	Srta.	Otro	Nombre:	Apellidos:
Domicilio:					
Código Postal:		País:		Número de teléfono:	
E-mail:				Nº de póliza:	
Divisa de la Póliza:					
US \$	EUR €	GB £	Otros	Se puede aplicar una deducción de reclamación a cada prestación. La prestación máxima y la franquicia de la póliza se determinan en función de la moneda con la que se haya contratado la póliza de viaje.	

DETALLES DEL RECLAMANTE (si son diferentes a los anteriores)

Sr.	Sra.	Srta.	Otro	Nombre:	Apellidos:
Domicilio:					
Código Postal:		País:		Número de teléfono:	
E-mail:			Ocupación:		
Motivo del viaje:		Fechas del viaje del: (DD/MM/AAAA)		Fechas del viaje hasta: (DD/MM/AAAA)	
Personal		Trabajo			
¿La reclamación es referente a un accidente?					
Sí		No			

Declaración

Para fines de protección de datos, reconozco que cualquier dato personal aportado por 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.

- 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 proporciono 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 autorizo la divulgación de dicha información.
- Declaro que, con la liquidación, 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 proceda.
- Declaro que, según nuestro leal saber y entender, la información presentada en este formulario es correcta y completa.

Persona Asegurada:

Nombre y apellidos:

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.

Asegurado Principal/Titular de la Póliza (si es diferente)

Nombre y apellidos:

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.

B. Gastos médicos y prestaciones hospitalarias

Naturaleza de la enfermedad/lesión:

Fecha de la incidencia:

Hora de la incidencia:

Dónde ocurrió la enfermedad/lesión:

Por favor, proporcione una descripción detallada de cómo ocurrió la lesión:

Nombre del médico de familia/personal del reclamante:

Número de teléfono:

E-mail:

Nombre y dirección del (los) médico(s) y/o hospital(es) donde se recibió el tratamiento:

Si el tratamiento se recibió en el hospital como paciente interno, por favor confirme las fechas:

¿Se contactó a la Compañía de Asistencia de Emergencia?

Si No (Por favor, indique la razón por la cual no se contactó):

¿Estaba la Persona Asegurada embarazada?:

No Si (semanas de embarazo)

Si la Persona Asegurada ha sufrido una enfermedad, ¿ha padecido esta antes?:

No Si Por favor, proporcione detalles

¿La Persona Asegurada tiene Seguro Médico Privado?:

No Si (Por favor, proporcione los detalles del asegurador, incluyendo el nombre, la dirección y el número de póliza):

PARA CIUDADANOS DE LA UE ÚNICAMENTE

¿Se llevó consigo la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) en el viaje?

No Sí

¿Se presentó en el hospital/médico?

No Sí

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?:

Si No

(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 en caso de emergencia?

No Si (Por favor, proporcione el número de referencia)

De lo contrario, ¿se generaron gastos adicionales?

Si No

(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, necesitamos confirmación escrita del Médico, según la cual, la Persona Asegurada no estaba en condiciones de viajar.

Si el viaje fue cancelado debido a la lesión/enfermedad de un tercero, necesitamos confirmación escrita del Médico 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/pérdida en el viaje:

Retraso de viaje

Fecha y hora programada de salida:

Número/Referencia de Vuelo/Barco/Otro Medio de Transporte:

Fecha y hora real de salida:

Número/Referencia de Vuelo/Barco/Otro Medio de Transporte:

Número de horas de retraso:

Nombre de la Aerolínea/Ferry/Otro:

País del retraso:

Cantidad reclamada:

Pérdida de la salida del medio de transporte

Punto de Partida:

Punto de Pérdida de Conexión:

Método del transporte utilizado para llegar al punto de salida:

Por favor, confirme cómo reanudó su viaje:

Cantidad reclamada:

País de la pérdida de salida:

F. Equipaje, efectos personales, dinero y documentos

Fecha de pérdida o daño (DD/MM/AAAA):

Hora:

Por favor, proporcione una descripción detallada de cómo ocurrió la pérdida/daño, incluyendo la ubicación:

Por favor, confirme cuándo se informó de la pérdida/daño y a qué autoridad (por ejemplo, policía/aerolínea/tour operador/hotel, etc.), incluyendo la dirección completa y la referencia:

Si la pérdida se relaciona con cheques de viaje, cheques, efectivo, tarjetas de crédito, tarjetas bancarias, proporcione la fecha en que se notificó al emisor:

DETALLES DE LOS ARTÍCULOS

Descripción del artículo	Fecha de compra	Precio pagado	Lugar de compra	Cantidad reclamada

Información adicional

Proporcione detalles de cualquier otra póliza de seguro que tenga, tanto si cree que puede contribuir a esta pérdida como si no, por ejemplo, seguro de hogar, seguro médico privado, seguro de viaje personal, seguro de tarjeta de crédito, etc.:

Nombre del/la Asegurado/a:	Nº de póliza:
Domicilio:	

Documentos adicionales necesarios:

- En caso de pérdida de equipaje personal, todos los incidentes DEBEN ser denunciados a la policía local dentro de las 24 horas. Se debe obtener un número de denuncia y un informe de pérdida y enviarlo a claims@robinassist.com.
- Si la pérdida ocurrió en el aeropuerto o en el avión, el incidente DEBE ser denunciado a la aerolínea dentro de las 24 horas a través de un Informe de denuncia. Es necesario 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, paquetes, manuales de instrucciones, valoraciones, etc.
- Tenga en cuenta que podemos aplicar 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 del 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:	Periodo 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):	Importe reclamado:	País del suceso:
Por favor, proporcione una explicación detallada de la causa de la pérdida de los 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:	Titular de la cuenta:	Número de cuenta / IBAN:
Número de ruta / ABA:	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 que se comparta 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, grabaciones e informes de laboratorio.

También, por la presente, autorizo que se comparta toda la información médica relacionada con el diagnóstico, cuidado y tratamiento de abuso de alcohol, abuso de drogas o salud mental. Además, autorizo la difusión 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 cuando se hayan tomado medidas en virtud de la misma y, si no se revoca por escrito antes, permanecerá válida por dos (2) años a partir de la fecha de firma. Estoy de acuerdo en que se aceptará una copia fotográfica, electrónica o por fax de la autorización y será tan válida como el original. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:

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.

Por favor, envíe el formulario de reclamación relleno y adjuntando los documentos necesarios (INCLUYENDO DOCUMENTACIÓN 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 reclamación 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 demanda.

Formulario de Autorización del Representante Personal

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

A. Asegurado

Nombre:	Apellidos	Fecha de Nacimiento: (DD/MM/AAAA)
Número de Póliza:	Reclamación #:	E-mail:
Domicilio:		
Código Postal:	País:	Número de teléfono:

B. Representante personal

Nombre:	Apellidos	Fecha de Nacimiento: (DD/MM/AAAA)
Domicilio:		
Código Postal:	País:	Número de teléfono:
E-mail:		

C. Autorización

Autorizo que la información confidencial en posición de Robin Assist sea compartida 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.

Por la presente, autorizo la solicitud y divulgación de mi información confidencial 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 vinculantes.

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 admitirá una copia fotográfica, electrónica o por fax de la autorización y será tan válida como el original. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

Persona Asegurada

Nombre:
Firma:
<i>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.</i>
Fecha:

Representante Personal

Nombre:
Firma:
<i>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.</i>
Fecha:

Aviso de privacidad: Los datos personales se recopilan y se conservan para evaluar su reclamación 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 demanda.