

1**¡ESTAMOS AQUÍ PARA SERVIRTE!**

Por favor toma nota de la siguiente información sobre cómo someter una reclamación a Assurant.

- Con excepción de la cubierta y beneficio de vida, es responsabilidad del asegurado nombrado en la póliza completar este formulario e incluir toda la documentación requerida. Es importante que firmes el formulario.
- Recomendamos que guardes copia de toda la documentación que nos sometas para revisión.

2**PARA RECLAMACIONES RELACIONADAS CON LA PROTECCIÓN DE LA COMPRA DE BOLETOS**

- Haga referencia a la sección “Documentos Requeridos” y complete las secciones que apliquen según el evento repentino o inesperado. **Las secciones 1, 2 y 5 son requeridas para todo tipo de reclamación.**
- Incluye todos los documentos que se solicitan por cada evento que te corresponda.
- Incluye copia de identificación con foto.
- Si quieres autorizar a un tercero para que maneje la reclamación por ti, debes completar la “Divulgación Verbal de Información” incluida en la Sección 5. Esta autorización le permitirá discutir tu reclamación con un representante de Assurant si tú no estás disponible.

3**ENVÍANOS LAS FORMAS COMPLETADAS Y LOS DOCUMENTOS DE APOYO SOLICITADOS**

Envía tu reclamación por correo regular a:
350 Ave. Carlos Chardón
Torre Chardón Suite 1101
San Juan, PR 00918



Envía tu reclamación por correo electrónico a:
reclamaciones@assurant.com

**¿NECESITAS AYUDA?**

Visita nuestro portal de internet assurant.pr
Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Llámanos libre de costo al 1-800-981-8888



DOCUMENTOS REQUERIDOS

AVERÍA MECÁNICA

- Certificación de un técnico automotriz que evidencie la fecha en que ocurrió la avería.
- Evidencia de servicio de Asistencia en Carretera.

CONDICIÓN MÉDICA (LESIÓN O ENFERMEDAD)

- Completar la Sección 3 de este formulario. Si completas la Sección 3 del formulario, no es necesario incluir el Certificado Médico.
- Certificado médico que confirme la enfermedad imprevista o lesión e indique que no estás apto(a) para asistir al Evento. El certificado debe ser en papel timbrado o de recetario, debe estar fechado y firmado, y debe incluir el número de licencia médica.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO O TRASLADO / CITACIÓN JUDICIAL / ACTIVACIÓN MILITARDesempleo Involuntario

- Solicitar a su patrono completar la Sección 4 de este formulario, o incluir certificación patronal que confirme la fecha de comienzo de empleo, último día trabajado y razón del despido.
- En caso de Patrono Propio, la parte afectada (Asegurado o Acompañante) deberá completar la Sección 4 propiamente. Deberá someter la información necesaria que evidencie el estado de Patrono Propio.

Traslado

- Certificación patronal que confirme la fecha y lugar de traslado.

Citación Judicial

- Notificación de la Rama Judicial para servir como jurado que impidió tu asistencia al Evento.
- Orden judicial o citación que impidió tu asistencia al Evento.

Activación Militar

- Orden de activación a servicio de una Agencia competente que impidió tu asistencia al Evento.

EMBARAZO

- Certificado médico que confirme la complicación del embarazo. El certificado debe ser en papel timbrado o de recetario, debe estar fechado y firmado, y debe incluir el número de licencia médica.

ADOPCIÓN

- Certificación o notificación por la agencia correspondiente que evidencie la fecha en que será entregado el menor.

MUERTE

- Certificado de defunción con causa de muerte. (RD77)

RETRASO EN EL TRANSPORTE COMÚN DE TERCERO

- Evidencia de retraso o cancelación de viaje aéreo o marítimo dentro de las 48 horas antes del Evento.
- Evidencia de haber estado directa o indirectamente involucrado en un accidente de tráfico camino al Transporte Común.

ROBO O VANDALISMO

- Fotos de los daños.
- Informe de la policía. (Querella)

VÍCTIMA DE DELITO

- Informe de la policía. (Querella)

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA EVALUAR SU RECLAMO. Favor de completar el formulario usando letra de molde.

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO

NÚMERO DE PÓLIZA

FECHA DE NACIMIENTO

MES

DÍA

AÑO

EDAD

DIRECCIÓN FÍSICA

DIRECCIÓN POSTAL

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO SECUNDARIO

TELÉFONO ALTERNO

¿NOS AUTORIZAS A ENVIARTE CORREOS ELECTRÓNICOS?

SÍ

NO

CORREO ELECTRÓNICO

NOSOTROS Y OTROS QUE ACTÚAN EN NUESTRO NOMBRE PODEMOS UTILIZAR LA INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS PARA OPERAR NUESTRO PRODUCTO Y NUESTRO SERVICIO. POR EJEMPLO, PODEMOS USAR LA INFORMACIÓN QUE RECOGEMOS O RECIBIMOS PARA INTENTAR CONTACTARTE A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO PARA PROVEER APOYO Y ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE LA RECLAMACIÓN, SEGÚN LO PERMITA LA LEY.

INFORMACION DEL EVENTO

NOMBRE DEL EVENTO	FECHA DE COMPRA DE LOS BOLETOS	LUGAR DEL EVENTO	FECHA DEL EVENTO
NÚMERO DE BOLETO	COSTO DEL BOLETO	NÚMERO DE BOLETO	COSTO DE BOLETO
1.	\$	5.	\$
2.	\$	6.	\$
3.	\$	7.	\$
4.	\$	8.	\$

SECCIÓN 2: DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Para ser completado por el cliente asegurado.

Fecha de la Pérdida: _____
 MES DÍA AÑO

Causa de Pérdida:
Cubre si la pérdida ocurre dentro de las 48 horas antes de la fecha y hora del evento.

-
- Retraso en el transporte común de tercero
-
- Causa del retraso: _____
-
-
- Avería Mecánica
-
-
- Víctima de delito Número de Querella: _____
-
-
- Robo o vandalismo Número de Querella: _____
-
- en residencia principal

Cubre si la pérdida ocurre dentro de los 30 días antes de la fecha del evento.

-
- Desempleo Involuntario
-
-
- Muerte
-
-
- Embarazo o Adopción
-
-
- Condición Médica (Enfermedad-Lesión)

NOMBRE
TELÉFONO DE CONTACTO
FIRMA

 MES DÍA AÑO

De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:

Declaro que he provisto información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación que el asegurado se apresta a enviar a través de correo electrónico. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de su reclamación. Además, certifico que he leído y completado la sección del formulario que me corresponde en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

-
- Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.

SECCIÓN 3: DECLARACIÓN DEL MÉDICO

A ser completada por un médico licenciado para ser remitido a la compañía, sin costo alguno. Si prefiere puede someter un certificado médico que contenga la misma información que solicita el formulario. El certificado debe ser en papel timbrado o de recetario, debe estar fechado y firmado, y debe incluir el número de licencia médica.

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE
DIAGNÓSTICO
**FECHA DE
DIAGNÓSTICO**

 MES DÍA AÑO

¿HA SUFRIDO EL PACIENTE LA MISMA CONDICIÓN, O UNA SIMILAR ANTERIORMENTE?

SÍ NO

SI CONTESTÓ SÍ, DESCRIBA CUALQUIER OTRO SÍNTOMA, ENFERMEDAD O CONDICIÓN SECUNDARIA QUE AFECTE LA CONDICIÓN ACTUAL (SI ES NECESARIO, USE UNA HOJA ADICIONAL)

FAVOR DE PROVEER FECHAS DE TRATAMIENTO PARA LA CONDICIÓN SIMILAR

____ / ____ / ____ , ____ / ____ / ____ , ____ / ____ / ____
 MES / DÍA / AÑO , MES / DÍA / AÑO , MES / DÍA / AÑO

¿SE DEBE ESTA CONDICIÓN A EMBARAZO?

SÍ NO

FECHA ESTIMADA DE PARTO

____ / ____ / ____
 MES DÍA AÑO

SI CONTESTO SÍ, DESCRIBA LAS COMPLICACIONES

INFORMACIÓN DEL MÉDICO LICENCIADO

NOMBRE

ESPECIALIDAD

NÚMERO DE LICENCIA

DIRECCIÓN DEL MÉDICO LICENCIADO

NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE FAX

CORREO ELÉCTRÓNICO

“Por la presente certifico que la información indicada aquí se basa en una probabilidad médica razonable, y que la misma es verdadera y correcta a mi leal entender y saber.”

Certifico que la condición médica, sea lesión, enfermedad o complicación de embarazo, impide que el paciente arriba mencionado asista al Evento.

FIRMA DEL MÉDICO

____ / ____ / ____
 MES DÍA AÑO

De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:

Declaro que he provisto información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación que el asegurado se apresta a enviar a través de correo electrónico. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de su reclamación. Además, certifico que he leído y completado la sección del formulario que me corresponde en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.

SECCION 4. DECLARACIÓN DEL PATRONO / PATRONOS PROPIOS

A SER COMPLETADA POR EL PATRONO SIN COSTO ALGUNO A LA COMPAÑÍA.
Yo soy el patrono, certifico lo siguiente:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO	
-------------------------------------	--

FECHA DE COMIENZO EN EL EMPLEO	_____	_____	_____	ULTIMO DÍA TRABAJADO	_____	_____	_____
	MES	DÍA	AÑO		MES	DÍA	AÑO

RAZÓN POR LA INTERRUPCIÓN DE EMPLEO
INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	TELÉFONO DE CONTACTO	NOMBRE DEL SUPERVISOR INMEDIATO

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA

COMPLETADO POR: <small>(nombre completo)</small>	
--	--

TÍTULO	CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA	_____
	MES DÍA AÑO

De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:

Declaro que he provisto información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación que el asegurado se apresta a enviar a través de correo electrónico. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de su reclamación. Además, certifico que he leído y completado la sección del formulario que me corresponde en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.

SECCIÓN 5: AUTORIZACIÓN

Por favor certifica que toda la información aquí provista es correcta y fidedigna. Esta sección es requerida para todo tipo de reclamaciones.

AUTORIZO a cualquier patrono, médico, hospital, clínica o cualquier otra institución médica o relacionada con servicios médicos, al “Medical Information Bureau, Inc.”, compañía aseguradora o reaseguradora, asegurador, agencia encargada del cumplimiento de las leyes, cuerpo de bomberos o cualquier otra organización o persona que tenga expedientes, datos o información referente a esta reclamación que provea, de ser solicitado dicho expediente, datos o información a Caribbean American Property Insurance Company (la aseguradora) o a su representante o representantes autorizados. Entiendo que, al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea confidencial, por cuanto la misma es pertinente para el trámite o investigación de mi reclamación. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original. Entiendo y certifico que esta autorización es válida para todos los expedientes o cualquier parte de éstos que sean requeridos, que pudieran incluir tratamientos para padecimientos físicos o mentales, uso de alcohol/substancias controladas, y/o resultados de pruebas o diagnóstico y tratamiento del virus de inmunodeficiencia adquirida/SIDA.

Expresamente consiento a la divulgación de información como se señala anteriormente. Esta autorización estará vigente durante 6 meses a partir de la fecha en que se firme.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN VERBAL

Es importante para nosotros salvaguardar la privacidad de nuestros clientes y proteger información privada y confidencial. Igualmente entendemos que, en ocasión, un reclamante pudiera querer autorizar a terceros para hablar con Caribbean American Property Insurance Company (CAPIC) en representación suya. Por favor, completa esta sección de autorización para que otros puedan discutir detalles de tu reclamación. Sin esta autorización no podemos hablar con nadie excepto el reclamante.

Autorizo a CAPIC a hablar con _____, quien es mi _____, sobre mi reclamación.

RESPONSABILIDAD POR INFORMACIÓN FRAUDULENTO

TODA PERSONA que suministre información verbalmente o por escrito u ofrezca cualquier testimonio sobre actos impropios o ilegales que por su naturaleza constituyan actos de fraude en el negocio de seguros, a sabiendas de que los hechos son falsos, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000) ni mayor de diez mil dólares (10,000), o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

“Por la presente certifico que la información indicada anteriormente se basa en una probabilidad médica razonable, y que la misma es verdadera y correcta a mi leal entender y saber.”

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA

MES_____
DÍA_____
AÑO

De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:

Declaro que he recibido información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación que me apresto a enviar a través de correo electrónico. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de mi reclamación. Además, certifico que he leído y completado el formulario en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.