



SERVICIO DE EMERGENCIA MÉDICA INDEMNIZADA

FORMULARIO DE RECLAMO

Por favor complete el formulario adjunto y envíelo con la siguiente documentación:

- **Copia de E-ticket (boleto de viaje) o pasaporte**
Copia de su boleto de viaje en transporte común
- **Recibos Detallados / Copia prescripción de Medicamentos**
Una copia de su factura médica, incluyendo cada costo individual y con los detalles de los pagos efectuados correspondientes a este caso o reclamo.
- **Reporte Médico detallando diagnóstico y tratamiento**
Debe incluir toda la información médica pertinente a este caso /reclamo
- **Copia del reclamo de la aerolínea (número de reclamo)**
Solamente casos relacionados a pérdida total de equipaje
- **Copia de la póliza de su Seguro Médico Principal**
Solo si posee una póliza activa en su país de residencia
- **Cualquier otra información adicional requerida por parte de AXA ASSISTANCE USA, INC.**

IMPORTANTE: Toda la documentación mencionada debe ser recibida por AXA Assistance USA en no más de **90 días** a partir de la fecha en que ocurrió su asistencia médica, de lo contrario su reclamo será denegado.

Toda la información debe ser legible, la misma tendrá carácter confidencial. La información puede ser copia de la original siempre y cuando sea legible. Le ofrecemos la posibilidad de enviar a la siguiente información por correo electrónico al Dpto. de Reclamos de AXA Assistance USA: clienteassist@axa-assistance.us

Favor de enviar toda la documentación con este formulario completo a la siguiente dirección:

AXA Assistance USA, Inc.
122 S. Michigan Ave. Suite 1100
Chicago, IL 60603



Por favor complete la siguiente información

1. Información del titular de los beneficios American Express:

- a) Nombre del Cliente: _____
- b) Dirección Principal: _____
- c) Ciudad/País/Provincia: _____
- d) Número de Teléfono: _____
- e) Correo Electrónico: _____
- f) Numero de membresía **Business Travel Assistance (BTA) / Top Travel Assistance (TTA)**
/ o Primeros seis y últimos cuatro dígitos de su tarjeta de crédito **Platinum, Centurión,
Corporativa o Gold:** _____
- g) Fecha de Salida de su país de residencia: _____

2. Información del paciente :

- a) Número de caso de asistencia (AXA): _____
- b) Nombre y apellido : _____
- c) Dirección: _____
- d) Ciudad/ País /Provincia: _____
- e) Fecha de salida de viaje, de su país de residencia: _____
- f) Correo Electrónico: _____

3. Información sobre su seguro médico principal :

- a) ¿Le cubre fuera de su país de residencia? **Si** __ **No** __
- b) En caso afirmativo, indique la siguiente información:
 - 1. ¿Ha presentado su reclamo con este seguro? **Si** __ **No** __
 - 2. Nombre de empresa : _____
 - 3. Dirección: _____
 - 4. Teléfono: _____
 - 5. Número de póliza: _____

4. Información sobre su emergencia médica :

- a) Nombre del médico responsable: _____
- b) Dirección del médico responsable: _____
- c) Número telefónico del médico responsable: _____
- d) Fecha en que se manifestó esta condición médica por primera vez: _____
- e) Diagnóstico: _____
- f) Monto total de reembolso solicitado: _____

5. Descripción de la emergencia médica : _____



6. En los 6 meses previos al inicio de su viaje, ¿Ud. ha presentado los mismos síntomas o ha sido tratado por la misma condición médica por la cual está reclamando su reembolso? Si __ No__

a. En caso afirmativo, por favor brinde más información al respecto:

TIPO DE SERVICIO	Fecha de servicio	Pago (moneda local)	Reembolso de Seguro Principal
------------------	-------------------	---------------------	-------------------------------

Nombre de Hospital o Clínica			
1.			
2.			
3.			

Honorarios Médicos			
Nombre :			
Nombre :			
Nombre :			

Exámenes Realizados			
Tipo 1 :			
Tipo 2 :			
Tipo 3 :			

Recetas Médicas			
Farmacia :			
Farmacia :			
Farmacia :			

Otros:			

TOTAL :

--

--

A) Total pagado por el asegurado

B) Total pagado por el seguro medico principal :

C) Total reembolso

A)
B)
C)



Por favor lea atentamente:

Toda la información proporcionada sobre el siniestro en el presente documento es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Cualquier cargo adicional que no haya sido aprobado por el departamento médico de (“AXA”), y que previamente haya sido denegado por el mismo, no será reembolsado. El reembolso será procesado sólo por Transferencia Bancaria, el reembolso será calculado a la tasa de cambio vigente en la fecha en que el cliente hizo el pago de los servicios médicos relacionados a este caso. El pago final puede variar debido a límites del beneficio o coordinación de los beneficios que son susceptibles a los términos y condiciones del programa. Los gastos relacionados con el envío del reembolso a través de transferencia bancaria será pagado por AXA Assistance USA, sin embargo, el beneficiario será responsable de: (i) los honorarios cobrados por el banco del beneficiario designado en este Formulario de Reclamo, y (ii) todos los costos asociados con un error en la transferencia bancaria como resultado de información incorrecta proporcionada por el beneficiario en este Formulario de Reclamo. Cualquier cargo adicional facturado que no fuera autorizado por el Departamento Médico de AXA Assistance USA, y / o que se les negó con anterioridad, no serán reembolsados. Gastos Razonables y Habituales se aplicarán a todos los reembolsos aprobados, teniendo en cuenta el territorio donde se obtuvo el tratamiento y los servicios médicos proporcionados.

Entiendo que este documento debe ser completado, y toda la documentación necesaria debe ser recibida por AXA Assistance USA para iniciar el proceso de este reclamo.

(Todos los siguientes campos deben ser llenados para procesar)

Nombre del banco y dirección postal:

País donde se encuentra el banco:

Titular de la cuenta:

Número de cuenta del banco:

Código Swift: _____ - _____ - _____
(4 letras para las iniciales de su banco) (2 letras para el código del país) (2 letras para el código de la ciudad)

Código IBAN:

Número ABA:

Total valor del reclamo:

En caso que esta petición de reclamo sea denegada por incumplimiento de las obligaciones exigidas por este programa, el beneficiario será responsable del total de los gastos incurridos.

Firma: _____

Fecha: _____

Para información detallada sobre su cobertura, favor de referirse a los Términos y Condiciones del programa.

Importante: *Código SWIFT:* Su banco es quien posee este código. Sin esta información no podremos procesar la transferencia bancaria en caso que su reembolso sea aprobado.