

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

IMPORTANTE: FAVOR DE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO PARA QUE SEA PROCESADO POR EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS/REINTEGROS. ESTE FORMULARIO DEBERA SER ACOMPAÑADO DE LA DOCUMENTACION ORIGINAL COMPLETA SOLICITADA PARA CADA RECLAMO Y FIRMADO PARA SU PROCESO.

Case ID

COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CON LETRA IMPRENTA

INFORMACION DEL PASAJERO		
Nombre y apellido		Fecha
Domicilio		Ciudad
Teléfono	Email	RFC/Pasaporte:
<input type="checkbox"/> <b>TRANSFERENCIA BANCARIA (Seleccionar opción de pago)</b>		
Nombre titular de cuenta (1):	Documento de Identidad:	Banco:
Tipo de cuenta:	CLABE:	Número de cuenta:
<input type="checkbox"/> <b>CHEQUE* (Seleccionar opción de pago)</b>		
Nombre del beneficiario (1):	Documento de Identidad:	
INFORMACION DEL VIAJE		
Fechas de viaje (inicio y fin)	Fecha del evento que motiva su reclamo	N° de Voucher ASSIST CARD
Origen/Destino del Viaje	Tiene reclamo con otro seguro (en caso afirmativo indique cía. y n° de reclamo)	

(1) Si la cuenta destinataria no fuese propia, la solicitud actuará como autorización para pago del reintegro, por lo que la firma y aclaración del presente documento resultarán elementos suficientes como constancia de conformidad.

\*El cheque debe ser retirado desde nuestras oficinas en Ciudad de México.

**INFORMACION DEL SINIESTRO** Complete según corresponda. En caso de necesitar más espacio podrá agregar una hoja.

<b>MOTIVO DEL RECLAMO:</b> <input type="checkbox"/> Asistencia Medica <input type="checkbox"/> Cancelación/Interrupción de Viaje <input type="checkbox"/> Demora/Perdida de equipaje <input type="checkbox"/> Demora de vuelo <input type="checkbox"/> Compra protegida	
GASTOS RECLAMADOS	
CONCEPTO	IMPORTE (moneda original)
<b>MONTO TOTAL RECLAMADO</b>	

Firma y aclaración – Lugar y fecha