

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:

TRANSFERENCIA BANCARIA (Seleccionar opción de pago)

Nombre titular de cuenta (1):	Documento de Identidad:	Banco:
Tipo de cuenta:	CLABE:	Número de cuenta:

CHEQUE* (Seleccionar opción de pago)

Nombre del beneficiario (1):	Documento de Identidad:	
------------------------------	-------------------------	--

INFORMACION DEL VIAJE

Fechas de viaje (inicio y fin)	Fecha del evento que motiva su reclamo	Nº 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.

MOTIVO DEL RECLAMO: Asistencia Medica Cancelación/Interrupción de Viaje Demora/Perdida de equipaje
 Demora de vuelo Compra protegida

GASTOS RECLAMADOS

CONCEPTO	IMPORTE (moneda original)
MONTO TOTAL RECLAMADO	