

# Instrucciones para Presentar una Reclamación

Lea las instrucciones para el tipo de reclamación que necesita presentar, puede tener más de una.

¡No enviar la información completa puede demorar el proceso de su reclamación!

## Cancelación de Viaje

**Usted no pudo salir de su lugar de origen.**

1. Por favor complete toda la información correspondiente requerida en el formulario de reclamo adjunto.
2. Si la cancelación fue el resultado de una enfermedad o lesión, pídale al médico del paciente que complete la "Declaración del Médico" en el formulario de reclamo adjunto.
3. Envíe prueba de pago por los gastos reclamados. Formas aceptables de comprobante de pago son un resumen de la tarjeta de crédito y/o una copia del anverso y reverso del cheque negociado.
4. Envíe copias de la factura y/o reserva del hotel, crucero y reservas de viaje.
5. Envíe la copia del e-ticket de la aerolínea.
6. Envíe la notificación de cancelación del proveedor de viaje. Este aviso debe contener la información de reservación/itinerario, fecha de cancelación y las penalidades.
7. Si busca un reembolso por pagos ya realizados, complete el Formulario de Autorización de Pago en la página 5.

## Interrupción de Viaje

**Usted comenzó su viaje y tuvo que regresarse a su hogar debido a un evento imprevisto.**

1. Por favor complete toda la información correspondiente requerida en el formulario de reclamo adjunto.
2. Si la cancelación fue el resultado de una enfermedad o lesión, pídale al médico del paciente que complete la "Declaración del Médico" en el formulario de reclamo adjunto.
3. Envíe prueba de pago por los gastos reclamados. Formas aceptables de comprobante de pago son un resumen de la tarjeta de crédito y/o una copia del anverso y reverso del cheque negociado.
4. Envíe copias de la factura y/o reserva del hotel, crucero y reservas de viaje.
5. Envíe la copia del e-ticket de la aerolínea (Incluya el itinerario original y el nuevo itinerario para el vuelo reprogramado).
6. Si busca un reembolso por pagos ya realizados, complete el Formulario de Autorización de Pago en la página 5.

## Retraso de Viaje y Conexión Perdida

**You started your trip and were delayed en route to, from, or during your scheduled trip.**

1. Complete toda la información aplicable comenzando en la página 2.
1. Proporcione documentación del transportista común (línea aérea, línea de crucero, etc.) que confirme la demora, la duración del retraso y la razón de la demora.
2. Proporcione recibos de compra por gastos adicionales incurridos como resultado de la demora.
3. Envíe itinerarios de la aerolínea (Incluir el itinerario de vuelo original y una copia del nuevo itinerario de vuelo).
4. Si busca un reembolso por pagos ya realizados, complete el Formulario de Autorización de Pago en la página 5.

## Reclamación por Retraso de Su Viaje

**Usted comenzó su viaje y se retrasó en camino a su destino final.**

1. Por favor complete toda la información correspondiente requerida en el formulario de reclamo adjunto.
2. Proporcione documentación del transportista común (línea aérea, línea de crucero, etc.) que confirme la demora, la duración del retraso y la razón de la demora.
3. Proporcione recibos de compra por gastos adicionales incurridos como resultado de la demora.
4. Envíe itinerarios de la aerolínea (Incluir el itinerario de vuelo original y una copia del nuevo itinerario de vuelo).
5. Si busca un reembolso por pagos ya realizados, complete el Formulario de Autorización de Pago en la página 5.

## Suplemento Individual

**Reservó un viaje con un acompañante que canceló, lo que resulta en cargos adicionales para usted.**

1. Complete toda la información aplicable comenzando en la página 2.
2. Envíe todas las confirmaciones de reserva revisadas que muestren el costo total revisado.
3. Si busca un reembolso por pagos ya realizados, complete el Formulario de Autorización de Pago en la página 5.

**Envíe este formulario y los documentos que lo acompañan por correo postal, fax, o correo electrónico en un plazo no mayor de 90 días a partir de la fecha del servicio a:**

<b>CORREO</b> Si no puede enviar sus documentos electrónicamente, puede enviarlos a la dirección que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o a la dirección que se muestra en <a href="http://sevendcorners.com/claims">sevendcorners.com/claims</a> .	<b>UPLOAD</b> Ingrese a MY ACCOUNT y descargue sus documentos <a href="http://www.sevendcorners.com/myaccount">www.sevendcorners.com/myaccount</a>	<b>FAX</b> (+01) 317-575-2256	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b> <a href="mailto:claims@sevendcorners.com">claims@sevendcorners.com</a>  Los archivos adjuntos de correo electrónico no pueden tener más de 10 MB.
--	--	----------------------------------	--

**Asistencia: 1.800.335.0477 Por cobrar: 1.317.575.2656**

## 1 Motivo de la Reclamación

- Cancelación del viaje       Interrupción del viaje       Retraso del viaje y conexión perdida  
 Suplemento Individual       Cancelación de viaje por cualquier motivo      *Puedes verificar más de uno.*

## Información del Participante del Plan

2 Nombre del asegurado primario		3 Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY		
4 Número de identificación (esta información se puede encontrar en su tarjeta de identificación de seguro)		5 Teléfono		
6 Correo electrónico		7 Fax		
8 Dirección postal (si es diferente de la casa)		9 Ciudad	10 Estado/Provincia/Región	11 Código postal
12 Dirección de casa		13 Ciudad	14 Estado/Provincia/Región	15 Código postal
16 Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correro <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono				

## Información del Proveedor del Viaje:

17 Nombre de la compañía		18 Teléfono		19 Número de confirmación/reserva	
20 Dirección		21 Ciudad		22 Estado/Provincia/Región	
23 Código postal		25 Fecha del depósito de pago inicial MM/DD/YYYY			
24 Fecha en que se hicieron los arreglos de viaje MM/DD/YYYY		27 Fecha programada de regreso MM/DD/YYYY			
26 Fecha programada de salida MM/DD/YYYY		28 Fecha real de regreso MM/DD/YYYY (interrupción del viaje/retraso del viaje y conexión perdida)			

## Información de la Pérdida

Categoría	Cantidad Pagada	Documentos de Respaldo Necesarios
29 Boleto de la Línea Aérea	\$	Recibo del billete electrónico o boletos de avión originales
30 Alojamiento	+\$	Documentos que confirman su reserva / pago / pago parcial
31 Tour (es)	+\$	Copia de la factura
32 Crucero	+\$	Confirmación de reserva
33 Otro	+\$	Comidas, taxi, cualquier gasto adicional
34 Gastos totales	= \$	
35 Reembolsos	- \$	Ejemplos: créditos de cuenta, reembolsos en efectivo, comprobante de viaje o comida, etc.
36 Total reclamado	= \$	

### 37 Si está reclamando boletos aéreos, complete la siguiente sección

Sus boletos de avión pueden tener un valor de hasta un año a partir de la fecha de salida programada original. Indique a continuación si va a cambiar sus boletos para otro viaje. Tenga en cuenta: su firma en este acuerdo no es una garantía de pago. Las determinaciones de reclamo están sujetas a los términos y condiciones del documento del plan.

- Yo (Nosotros) no usaremos nuestro boleto(s) de avión. Adjunte una copia de todas las confirmaciones electrónicas de boletos.
- Yo (Nosotros) intercambiaremos nuestro boleto(s) de avión para viajes futuros. Adjunte una copia de todas las confirmaciones electrónicas de boletos junto con la documentación para el costo en el que incurrió para el intercambio.

**Compañeros de Viaje**

38 Nombre del compañero	39 Número certificado
40 Nombre del compañero	41 Número certificado
42 Nombre del compañero	43 Número certificado
44 Nombre del compañero	45 Número certificado

**46 Motivo de la Cancelación / Retraso / Interrupción**

--

**Si La Cancelación/Retraso/Interrupción Es Debido a Razones Médicas**

47 Nombre de la persona que tiene la enfermedad o lesión	48 Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY
49 Relación con el Reclamante	
50a ¿La persona nombrada en la pregunta 40 recibió atención médica por los síntomas o enfermedades mencionados? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	50b En caso afirmativo, indique la fecha en que fue tratado por última vez. MM/DD/YYYY
51 Período de Hospitalización (si es aplicable) MM/DD/YYYY Desde:	Hasta:

**Autorización Para la Divulgación de Información Médica - Para ser Completado por el Paciente**

Para procesar un reclamo de beneficios, autorizo a cualquier médico, hospital u otro Proveedor médico a que entregue al Administrador de reclamos de seguro o, a su representante cualquier información relacionada con mi historial médico, síntomas, tratamiento, resultados de exámenes o diagnóstico. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Esta autorización se considerará válida por la duración del reclamo, pero no excederá dos años y medio a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

52 Fecha MM/DD/YYYY	53 Firma (Firma de la persona que sufre una enfermedad o lesión o un representante legalmente autorizado)
---------------------	---

**Declaración del Médico: - Debe ser Completado por un Médico Únicamente**

54 Nombre del doctor	55 Teléfono	56 Fax
57 Dirección	58 Ciudad	59 Estado/Provincia/Región
		60 Código postal
61 Nombre del Paciente	62 Fecha de Nacimiento MM/DD/YYYY	
63 Diagnóstico que resultó en la cancelación/interrupción del viaje		
64 Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o que ocurrió el accidente MM/DD/YYYY	65 Fecha del primer tratamiento MM/DD/YYYY	
66 ¿Fue el paciente tratado por otra persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	66a Si es así, ¿por quién?	66b ¿Cuándo? MM/DD/YYYY
67 El diagnóstico resultó en cancelación / interrupción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
68 Fecha MM/DD/YYYY	69 Firma del Médico	

### Documentos Requeridos

70 Dependiendo de la circunstancia involucrada en la pérdida, uno o más de los siguientes elementos pueden ser necesarios para completar el procesamiento de su reclamo. Por favor marque los artículos que ha adjuntado. Le recomendamos que guarde copias de los artículos enviados con este reclamo.	
	Recibo/ Boleto de la Línea Aérea
	Copias de cheques cancelados o estados de cuenta de tarjeta de crédito o de una factura de su proveedor de viajes mostrando la fecha de su depósito. Si desea renunciar a la exclusión de una condición preexistente en su reclamo, debe presentar un comprobante de compra del seguro dentro de los 10 días posteriores a la realización del depósito inicial del viaje.
	Reporte Policial
	Declaración del hotel / motel, aerolínea o instalación aeroportuaria que concierne a su propiedad perdida. Nota: Cualquier cancelación o retraso del vuelo debe ser documentada por la aerolínea.
	Contrato de alquiler de vehículos
	Copias de las declaraciones de reembolso emitidas por un transportista aéreo, instalación aeroportuaria, agencia de alquiler de automóviles, hotel / motel u otro establecimiento similar o cualquier otra compañía de seguros que le reembolse por la pérdida.
	Recibos de compra originales para gastos adicionales
	Informe del transportista común confirmando la demora
	Otros (por favor describa)

### Otro Seguro/Autorización

71a ¿Tiene algún otro seguro de viaje o fuera del país a través de un empleador, empleador del cónyuge, plan de jubilación o tarjeta de crédito? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	71b Si es así, indique el nombre del proveedor de seguros
72 Póliza #	73 Teléfono

AUTORIZO a cualquier compañía de seguros, cualquier organización o agencia de viajes, transportista aéreo, agencia de alquiler, hotel, motel o entidad similar que brinde alojamiento en alquiler o arrendamiento o, a cualquier otra persona que pueda tener conocimiento sobre este reclamo, a divulgar cualquier información solicitada con respecto a este reclamo y la pérdida reportada.

ENTIENDO que el Plan de Beneficios de Viajes, administrado por Seven Corners, no cubre las pérdidas causadas por lesiones o enfermedades en la medida en que sean elegibles bajo un seguro grupal primario, seguro grupal, prepagado, práctica grupal o cobertura de práctica individual y cualquier otra cobertura adicional aparte de la cobertura de accidente escolar, ahora, como condición para recibir beneficios inmediatos bajo el plan Seven Corners, para reclamos relacionados con lesiones o enfermedades que comiencen en la fecha que se muestra arriba, acuerdo irrevocablemente: (a) asignar todos los beneficios pagaderos de mi aseguradora principal a Seven Corners; (b) reembolsar puntualmente a Seven Corners si recibo pagos de mi seguro primario y cuando reciba los mismos; (c) permitir que Seven Corners presente un reclamo ante mi aseguradora principal para recibir un reembolso directo; y (d) cuando Seven Corners lo solicite, le proporcionaré a Seven Corners copias del cronograma de beneficios de mi aseguradora principal.

ENTIENDO que la información obtenida por el uso de esta autorización, será utilizada por Seven Corners para determinar la elegibilidad para los beneficios bajo este plan. Seven Corners no divulgará la información obtenida a ninguna persona u organización, EXCEPTO a compañías reaseguradoras u otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mi reclamo, o que de otra forma se requiera legalmente o que yo autorice.

SÉ que puedo solicitar recibir una copia de la Autorización. ACEPTO que una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original. ACEPTO que esta Autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se muestra a continuación. ENTIENDO que es ilegal presentar a sabiendas un reclamo falso o fraudulento o ayudar a alguien a sabiendas a presentar uno. He leído y entiendo los avisos de fraude en la página 6 de este documento.

74 Firma	75 Fecha MM/DD/YYYY
----------	---------------------

# Formulario de Autorización de Pago

El nombre en "Información de Contacto" debe coincidir con el nombre en la cuenta bancaria.

## 1 Tipo de Pago

Método de pago:	
<input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica Internacional – completar las secciones 2 y 4	<input type="checkbox"/> ACH: U.S. \$ – completar las secciones 2 y 3
<input type="checkbox"/> Cheque (se enviará a la dirección en la sección 2) – completar las secciones 2 y 3	<input type="checkbox"/> ACH: Canada \$, Euros y Libras – completar las secciones 2 y 4

## 2 Información de Contacto

Nombre Titular de la cuenta(s)	Número de teléfono		
Correo electrónico	Autorizo a Seven Corners, Inc. a contactarme usando la dirección de correo electrónico que proporcioné en este formulario para analizar y/o informarme sobre la confirmación del pago. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Dirección (No se aceptan P.O. Boxes)	Ciudad	Estado/Provincia/Región	Código postal

## 3 Información de la Cuenta en U.S.A.

Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros		Nombre Completo del Banco:		
Dirección completa del Banco		Ciudad	Estado/Provincia/Región	Código postal
Numero ABA	Número de Cuenta	SWIFT BIC		

## 4 Información de la Cuenta Internacional No Estadounidense – Complete para el Pago Mediante Transferencia Bancaria Fuera de los EE. UU.

Nombre completo del Banco			
Dirección	Ciudad	Estado/Provincia/Región	Código postal
Número de cuenta	Número de ruta (BLZ, BSB, TRNO, código de sucursal, etc.)		
IBAN	SWIFT BIC	Moneda a ser reembolsada de su preferencia	

### INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

Número de teléfono del Banco	Número de identificación
Circule el tipo: <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> RIF <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> RUT <input type="checkbox"/> CUIT <input type="checkbox"/> OTRO	

Autorizo a Seven Corners, Inc. (en adelante, la Compañía) a enviar los pagos a la dirección mencionada anteriormente y depositar los montos adeudados por el reembolso de los gastos médicos o servicios prestados iniciando las entradas de crédito en mi cuenta en la institución financiera (en este documento BANCO) indicado arriba. Además, autorizo al BANCO a aceptar y acreditar cualquier entrada de crédito indicada por la Compañía a mi cuenta. En el caso de que la Compañía deposite fondos erróneamente en mi cuenta (por ejemplo, no tenga derecho a los fondos o la cantidad del depósito es incorrecta o dichos fondos se depositen en la cuenta incorrecta), autorizo a la Compañía a debitar o acreditar mi cuenta en la cantidad necesaria para corregir el depósito inicial, pero en ningún caso, ningún débito excederá el monto del depósito inicial. Además, estoy de acuerdo en que la Compañía no es responsable de ninguna tarifa de transacción cobrada y libero a Seven Corners de cualquier responsabilidad en caso de pérdida o robo de cualquier pago.

Firma del titular de la cuenta	Fecha
--------------------------------	-------

## DECLARACIONES DE FRAUDE

- General: Toda persona que con conocimiento y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o, a cualquier otra persona que presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o, que oculte información relacionada con cualquier reclamo con el propósito de engañar, comete un acto fraudulento.
- Alaska: Una persona que con conocimiento y con intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.
- Arizona: Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeto a sanciones penales y civiles.
- Arkansas, Louisiana, Maryland, West Virginia: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o, que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión.
- California: Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en una prisión estatal.
- Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguro o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un tenedor de la póliza o demandante con el propósito de defraudar o intentar estafar al tenedor de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o laudo pagadero de los ingresos del seguro se informará a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.
- Connecticut: Este formulario debe completarse en su totalidad. Cualquier persona que intencionalmente tergiversar o, intencionalmente no revele cualquier hecho material relacionado con una lesión alegada puede ser culpable de un delito grave.
- Delaware, Idaho, Indiana: Cualquier persona que, a sabiendas, y con intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
- Distrito de Columbia: Advertencia: es un delito proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, un asegurador puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con un reclamo.
- Florida: Cualquier persona que con conocimiento y con intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier asegurador presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.
- Hawái: Para su protección, la ley de Hawái requiere que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio es un delito que se castiga con multas o prisión, o ambos.
- Kentucky: Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relacionada con cualquier material de hecho comete un acto fraudulento, el cual es un crimen.
- Maine: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o una denegación de los beneficios del seguro.
- Michigan, Dakota del Norte, Dakota del Sur: Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o, a cualquier otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa y oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier material de hecho, comete un acto fraudulento, que es un delito, y podrá ser sometida a sanciones penales y civiles.
- Minnesota: Una persona que presenta un reclamo con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un delito.
- Nevada: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga cualquier tergiversación o información falsa, incompleta o engañosa, puede ser culpable de un acto criminal sancionable por la ley estatal o federal, o ambas, y puede estar sujeto a sanciones civiles.
- New Hampshire: Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en la sección 638:20.
- Nueva Jersey: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.
- Nuevo México: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o, que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas civiles y sanciones penales.
- Nueva York: Toda persona que con conocimiento y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, y oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier material de hecho, comete un acto fraudulento, que es un delito, y estará sujeto a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo enfrentará cada infracción.
- Ohio: Cualquier persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude.
- Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas, y con intención de dañar, estafar o engañar a cualquier asegurador, haga cualquier reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
- Oregón: Cualquier persona que haga una declaración intencional errónea que sea importante para el riesgo puede ser declarado culpable de fraude de seguros por un tribunal de justicia.
- Pennsylvania: Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte con el propósito de engañar, la información relacionada con cualquier material de hecho comete una acción fraudulenta, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.
- Tennessee, Virginia, Washington: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.
- Texas: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en una prisión estatal.

NO NECESITA DEVOLVERNOS ESTA PÁGINA