

Reclamación por Demora de Equipaje

Consejos Útiles

- Incluya documentación de su compañía de transporte común (aerolínea, línea de cruceros, etc.) que confirme el retraso y la cantidad de tiempo que se retrasó su equipaje. **A continuación, se ofrece una guía que le ayudará a verificar que tiene los documentos de apoyo correctos. »**
- Incluya recibos de gastos adicionales debido al retraso del equipaje.
- Incluya una denuncia policial por robo.
- Incluya una copia del reclamo que presentó con su compañía de transporte común (aerolínea, línea de cruceros, etc.) junto con la respuesta final para su reclamo con ellos. Si le pagaron una cantidad en dólares, proporcione prueba de ello. Si no le pagaron nada, proporcione una prueba de ello también.
- Incluya prueba de propiedad de los artículos reclamados (recibo de compra, manual del propietario, etc.).
- Envíe este formulario firmado y cualquier documento adjunto a Seven Corners dentro de 90 días a partir de la fecha de servicio utilizando cualquiera de los métodos enumerados a la derecha.

Subir Documentos

Inicie sesión en su cuenta y cargue sus documentos sevendcorners.com/login

Fax

317-575-2256

Correo Electronico

claims@sevendcorners.com

(los archivos adjuntos de correo electrónico no pueden tener más de 25 MB.)

Descargo de responsabilidad: El suministro de este formulario, o su recepción por parte de la Compañía, no debe interpretarse como una admisión de responsabilidad alguna de la Compañía, ni una renuncia a ninguna de las condiciones del contrato de seguro. Cualquier persona que, a sabiendas y / o con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser culpable de fraude de seguros y estar sujeta a sanciones penales y civiles sustanciales.

Motivo de la Reclamación

1 Seleccione el tipo de reclamo que necesita presentar, puede tener más de uno:

Retraso de Equipaje

Pérdida de Equipaje

Deportes y Renta de Equipo

Propiedad Robada

Equipaje o propiedad dañada

Información del asegurado principal

2 Nombre del asegurado principal (la persona que aparece primero en su plan)		3 Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	
4 Numero de Certificado (Puede encontrarlo en su tarjeta de identificación de miembro)		5 Correo Electronico	
6 Número de teléfono preferido		7 Numero de Fax	
8 Dirección postal (si es diferente a la de casa)	9 Ciudad	10 Estado/Provincia/Region	11 Codigo Postal
12 Domicilio	13 Ciudad	14 Estado/Provincia/Region	15 Codigo Postal
16 Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Telefono			

Información del reclamante Igual que el Asegurado Principal

17 Nombre de Reclamante (La persona sometiendo el reclamo.)	18 Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA
---	-----------------------------------

Información de Viaje

19 Numero de Confirmacion	20 Numero de Reservacion
21 Fecha de Partida MM/DD/AAAA	22 Fecha de Regreso MM/DD/AAAA
23 Destino Original	24 Proveedor de Viaje (si es aplicable)
25 El primer día que realizó cualquier pago por sus arreglos terrestres / marítimos / aéreos. MM/DD/AAAA	

26 Valores de Propiedad

Artículo(s)	Valor Estimado	Ha recibido reembolso?	Si es así, ¿de quién?	Cuanto?
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
Total	\$			\$

Informacion de Perdida

27 ¿Dónde y cómo ocurrió la pérdida, el robo, el daño o el retraso?		
28 Fecha de pérdida, robo, daño o demora MM/DD/AAAA		
29a ¿Se retrasó el equipaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	29b Si es así, ¿por cuánto tiempo?	
30a ¿Se produjeron pérdidas o daños mientras su propiedad se encontraba o estaba bajo la custodia de un transportista público? (Es decir, aerolínea, línea de cruceros, ferrocarril, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	30b En caso afirmativo, indique el nombre del transportista	
31a ¿Completó un informe en el momento de la pérdida o el daño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	31b En caso afirmativo , proporcione una copia del informe y enumere el nombre y el cargo de la persona a quien se le dio la notificación.	
32a ¿Se ha presentado una reclamación contra su transportista común? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	32b Si la respuesta es NO , hágalo inmediatamente. En caso afirmativo , ¿le ha pagado el transportista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	32c En caso afirmativo, indique la cantidad.

Otro seguro en la página siguiente.

Otro Seguro de Viaje

33a ¿Tiene algún otro seguro de viaje o fuera del país a través de su empleador, empleador de su cónyuge, plan de jubilación o tarjeta de crédito? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	33b En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguros.		
34 Dirección	35 Ciudad	36 Estado/Provincia/Region	37 Código Postal
38 Numero de Poliza	39 Numero de Telefono		

IMPORTANTE: FIRMAR Y FECHAR A CONTINUACIÓN. DEVUELVA LAS PÁGINAS 1, 2 Y 4 DE ESTE FORMULARIO. EL NO HACERLO PUEDE RETRASAR / OBSTACULAR EL PROCESAMIENTO DE SU RECLAMO.

AUTORIZO a cualquier compañía de seguros, médico, hospital y otros proveedores de atención médica, cualquier organización o agencia de viajes, aerolínea, agencia de alquiler, hotel, motel o entidad similar que brinde alojamiento en régimen de alquiler o arrendamiento o cualquier otra persona que pueda tener conocimiento sobre este reclamo, para divulgar cualquier información solicitada con respecto a este reclamo y la pérdida reportada.

ENTIENDO que la información obtenida mediante el uso de la autorización será utilizada por Seven Corners para determinar la elegibilidad para los beneficios de este plan. Seven Corners no divulgará la información obtenida a ninguna persona u organización, EXCEPTO a las compañías de reaseguro, u otras personas u organizaciones que realicen servicios comerciales o legales en relación con mi reclamo, o según se requiera legalmente o según 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 una reclamación falsa o fraudulenta o ayudar a otra persona a presentar una. He leído y entiendo los Avisos de fraude en la página 5 de este documento.

NUEVA YORK: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, o que oculte con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

Firma del Asegurado

Nombre Impreso

Fecha

Formulario de Autorización de Pago

- Para evitar demoras en el manejo de reclamaciones, asegúrese de firmar este formulario.
- El nombre en "Información de Contacto" debe coincidir con el nombre en la cuenta bancaria.
- Las cuentas conjuntas requieren todos los nombres.

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

1 Tipo de Pago

Método de pago:
<input type="checkbox"/> Cheque (se enviará a la dirección en Información de Contacto) <input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica Internacional – completar la seccion 3 <input type="checkbox"/> ACH/EFT: US \$ Canada \$, Euros y Libras – completar las seccion 2

2 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	

3 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 - Para residentes de todos los estados que no sean los que se enumeran a continuación:

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

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.

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.

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.

ADVERTENCIA DE FLORIDA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

formación falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

IDAHO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

KANSAS: Cualquier persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de fraude de seguro según lo determine un tribunal de justicia y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión. .

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.

MARYLAND: Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

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.

NEW JERSEY: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

NEW MEXICO y 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

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: 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.

TENNESSEE: 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 sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

VIRGINIA: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

NO NECESITA DEVOLVER ESTA PÁGINA