

**Llamar para asistencia:**  
**800-335-0611** (llamada gratuita)  
**or 317-575-2652** (llamada mundial)  
**or 317-818-2809** (llamada por cobrar)

# Formulario de Reclamación por Cancelación de Viaje, Retraso de Viaje o Interrupción de Viaje

## Subir Documentos

Inicie sesión en su cuenta y cargue sus documentos [sevendcorners.com/login](https://sevendcorners.com/login)

## Fax

317-575-2256

## Correo Electronico

[claims@sevendcorners.com](mailto:claims@sevendcorners.com)

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

## Consejos Útiles

- Reúna todos los documentos de respaldo necesarios y envíelos con este reclamo para acelerar el proceso de su reclamo. **A continuación, se ofrece una guía que le ayudará a verificar que tiene los documentos de apoyo correctos.**
- Presentar comprobante de pago de los gastos reclamados. Formas aceptables de comprobante de pago incluyen un estado de cuenta de la tarjeta de crédito y / o una copia del anverso y reverso de los cheques negociados junto con el estado de cuenta bancario que refleja el pago del cheque.
- 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.

*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:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Cancelacion de Viaje</b><br>No logro partir en su viaje cubierto.   | <input type="checkbox"/> <b>Suplemento Individual</b><br>Reservó un viaje con un acompañante que canceló, lo que resulta en cargos adicionales para usted.  |
| <input type="checkbox"/> <b>Interrupcion de Viaje</b><br>Empezo su viaje y luego tuvo que regresar a casa debido a un evento imprevisto   | <input type="checkbox"/> <b>Protección de Tarifas de Registro de Entradas para Eventos</b><br>Usted compró esta opción y, como resultado de una razón cubierta, no pudo asistir al evento y, por lo tanto, solicitó el reembolso de las tarifas de registro de entradas al evento que pagó. |
| <input type="checkbox"/> <b>Retraso de Viaje y Conexión Perdida</b><br>Empezo su viaje y fue retrasado por un transportista comun (aerolinea, linea de cruceros, etc.) en ruta hacia, desde o durante su viaje programado | <input type="checkbox"/> <b>Interrupcion de Viaje por Cualquier Motivo (IFAR)</b><br>Usted compró esta opción e interrumpió su viaje por cualquier motivo que no esté cubierto de otra manera.  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cancelación de Viaje por Cualquier Motivo(CFAR)</b><br>Compró esta opción y canceló su viaje por cualquier motivo que no esté cubierto de otra manera.  | <input type="checkbox"/> <b>Perrera para Mascotas</b><br>Su regreso a casa se retrasa y usted incurrirá en gastos y tarifas de perrera adicionales.   |

## 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 identificacion 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 de Viaje

17 Numero de Confirmacion	18 Numero de Reservacion
19 Fecha de Partida MM/DD/AAAA	20 Fecha de Regreso MM/DD/AAAA
21 Destino Original	22 Proveedor de Viaje (si es aplicable)
23 El primer día que realizó cualquier pago por sus arreglos terrestres / marítimos / aéreos. MM/DD/AAAA	

## 24 Gastos Reclamados y Documentación

Dependiendo de las circunstancias involucradas en la pérdida, es posible que se requieran uno o más de los siguientes elementos para completar el procesamiento de su reclamo. Le recomendamos que guarde copias de todos los documentos presentados con este reclamo.

- Copias de las declaraciones de reembolso emitidas por una aerolínea, instalación aeroportuaria, agencia de alquiler de automóviles, agente de viajes, hotel / motel u otro establecimiento similar o cualquier otra compañía de seguros que le reembolse la pérdida.
- Si desea renunciar a la exclusión de condiciones preexistentes en su reclamo, debe presentar prueba de que compró este plan de seguro dentro de los 20 días del primer pago de arreglos aéreos / terrestres / marítimos.
- Reporte de Policía
- Informe del transportista común que confirma el retraso
- *Declaración del proveedor de viajes (hotel / motel, aerolínea o instalación aeroportuaria) que se refiere a su Cancelación / Retraso. Nota: Cualquier cancelación, retraso, del vuelo, reembolso o crédito.*

Categoría	Cantidad Pagada	Documentos de Respaldo Necesarios Comprobar sus Pagos
Tarifa Aérea	\$	Recibo / talón de boleto de avión o boleto electrónico
Cuidado de Niños	\$	Documentos que confirman su pago
Crucero	\$	Documentos que confirman su reserva / pago / pago parcial
Depósito, no reembolsable	\$	Copias de cheques cancelados o estados de cuenta de tarjetas de crédito con una factura de su Proveedor de viajes que muestre la fecha de su depósito
Boleto de Evento	\$	Copia del boleto
Hotel	\$	Documentos que confirman su reserva / pago / pago parcial
Alojamiento	\$	Documentos que confirman su reserva / pago / pago parcial
Auto Alquilado	\$	Contrato de alquiler de auto
Tour(s)/Recorrido	\$	Documentos que confirman su reserva / pago / pago parcial
Otro	\$	Recibos de compra originales por gastos adicionales, comidas, taxi, etc.
25 Gastos Totales	\$	
26 Reembolsos	\$	Ejemplos: créditos de cuenta, reembolsos en efectivo, cupón de viaje o comida, etc.
27 Total Reclamado	\$	

## 28 Créditos/Cupones de Viaje

¿Recibió créditos o cupones para viajes futuros por alguno de los anteriores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿piensa utilizar los créditos o cupones disponibles? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Si no desea utilizar el crédito / cupón disponible para viajes futuros, proporcione la siguiente información para verificar que desea que se le reembolse esta cantidad:	
Nombre de la entidad que emite el crédito o cupón	Número de crédito o cupón (Si lo desconoce, indique el numero de reserva o boleto original )
Nombre de la entidad que emite el crédito o cupón	Número de crédito o cupón (Si lo desconoce, indique el numero de reserva o boleto original )
Nombre de la entidad que emite el crédito o cupón	Número de crédito o cupón (Si lo desconoce, indique el numero de reserva o boleto original )

Tenga en cuenta que si planea utilizar los créditos o cupones disponibles, el monto del crédito / cupón se deducirá de la liquidación de su reclamo. Si ha recibido créditos o cupones para viajes futuros de más de un proveedor de viajes, proporcione esta información para cada proveedor. Al indicar anteriormente que no utilizará el crédito o los cupones antes del vencimiento, ya sea usted mismo o mediante la venta por transferencia a otra parte, este crédito / cupón se considerará nulo y sin efecto. Sin embargo, si cualquiera de las partes utiliza este crédito / cupón, al firmar este formulario de reclamación, usted acepta reembolsar a Seven Corners el valor del crédito / cupón usado si Seven Corners paga su reclamo.

## 29 Compañeros de Viaje

Nombre del Compañero	Numero de Certificado	¿Está reclamando en nombre de este compañero de viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Compañero	Numero de Certificado	¿Está reclamando en nombre de este compañero de viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Compañero	Numero de Certificado	¿Está reclamando en nombre de este compañero de viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Compañero	Numero de Certificado	¿Está reclamando en nombre de este compañero de viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Compañero	Numero de Certificado	¿Está reclamando en nombre de este compañero de viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Compañero	Numero de Certificado	¿Está reclamando en nombre de este compañero de viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Compañero	Numero de Certificado	¿Está reclamando en nombre de este compañero de viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Compañero	Numero de Certificado	¿Está reclamando en nombre de este compañero de viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Compañero	Numero de Certificado	¿Está reclamando en nombre de este compañero de viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre del Compañero	Numero de Certificado	¿Está reclamando en nombre de este compañero de viaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

## 30 Razón de la Cancelación / Retraso / Interrupción

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

31 Nombre de Reclamante/Paciente (la persona que sufrió la enfermedad o lesión)	32 Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA
33 Relación con el Asegurado Principal <input type="checkbox"/> Igual que el Asegurado Principal	34 Si el Reclamante/Paciente recibió atención médica, indique la fecha del último tratamiento MM/DD/AAAA
35 Si el reclamante / paciente fue hospitalizado, ingrese el período de hospitalización MM/DD/AAAA De: A:	

**Autorización para la Divulgación de Información Médica: Debe Ser Completada por el Reclamante/Paciente**

Para procesar un reclamo de beneficios, autorizo a cualquier médico, hospital u otro proveedor médico a divulgar al Administrador de reclamos de seguros de Seven Corners, o 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 mientras dure el reclamo, pero no excederá de dos años y medio a partir de la fecha de firma. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

36 Fecha MM/DD/AAAA	37 Firma de la Persona que Sufrió Enfermedad/Lesión o Representante Legalmente Autorizado
---------------------	---

**Declaración del Médico: Debe ser Completada Únicamente por el Médico**

38 4 Nombre del doctor	39 Número de teléfono de la oficina	40 Fax de la oficina	
41 Dirección postal de la oficina	42 Ciudad	43 Estado/Provincia/Region	44 Código Postal
45 Nombre del Paciente	46 Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA		
47 Diagnóstico que resultó en cancelación / interrupción del viaje			
48 Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o ocurrió el accidente MM/DD/AAAA	49 Fechas de tratamiento MM/DD/AAAA : De: A:		
50a ¿El paciente fue tratado por alguien más? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	50b En caso afirmativo, ¿quién lo atendió?	50c ¿En caso afirmativo, cuándo? MM/DD/AAAA	
51a ¿Se le prohibió viajar al paciente debido a esta enfermedad/lesión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	51b Si la respuesta es Sí, incluya las fechas en las que el paciente estuvo incapacitado para viajar DD/MM/AAAA. De: A:		
52 Fecha de finalización MM/DD/AAAA	53 Firma del médico		

**Otro Seguro**

54a ¿Tiene algún otro seguro de viaje o seguro fuera del país a través de su empleador, empleador de su cónyuge, plan de jubilación o tarjeta de crédito? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	54b En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguros		
55 Dirección	56 Ciudad	57 Estado/Provincia/Region	58 Código Postal
59 Número de Póliza	60 Número de Teléfono		

**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