

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

Formulario de Reclamacion por Colisión de Auto de Alquiler

Consejos Útiles

- Envíe copias de las facturas que incluyan la fecha, el tipo de servicios prestados y los montos cobrados por esos servicios. **Aquí hay una guía para ayudarlo a verificar que tiene los documentos de respaldo correctos.** »
- Si tiene otro seguro, necesitamos la declaración final de la compañía de su otro seguro que enumera el pago o la denegación de su reclamo con ellos (Explicación de beneficios o "EOB").
- Proporcione comprobante de su pago por el tratamiento médico recibido (un estado de cuenta de la tarjeta de crédito o si pago en efectivo cash un recibo del proveedor de servicios que muestre que pagó los cargos).
- Adjunte una copia de su contrato de alquiler de automóvil.
- Envíe este formulario firmado y cualquier documento adjunto a Seven Corners dentro de los 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.)

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

Información de Asegurado Principal

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

Información sobre el Seguro de Automóvil de Alquiler

17 Nombre de la compañía de seguros de automóviles de la persona que figura en el contrato de alquiler.		18 Numero de Póliza	19 Numero de Telefono	
20 Dirección postal de la compañía de seguros de automóviles		21 Ciudad	22 Estado/Provincia/Region	23 Codigo Postal
24 Monto total de la reclamación		25 Deducible del seguro de automóvil		
26a ¿Su seguro de automóvil cubrió algún costo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		26b Si es así, ¿cuánto? Adjunte comprobante de pago.		

Información de la Empresa de Alquiler de Automóviles

27 Nombre de la empresa de alquiler de automóviles		28 Marca y modelo de auto de alquiler	29 Número de Reservacion	
30 Correo Electronico		31 Fax	32 Numero de Telefono	
33 Dirección postal de la empresa de alquiler		34 Ciudad	35 Estado/Provincia/Region	36 Codigo Postal

Otro Seguro de Viaje

37a ¿Tiene algun otro seguro de viaje o fuera del pais a través de su empleador, empleador de su conyuge, plan de jubilacion o tarjeta de credito? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	37b En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguros		
38 Dirección	39 Ciudad	40 Estado/Provincia/Region	41 Código Postal
42 Numero de Poliza	43 Numero de Telefono		

Detalles del Incidente / Accidente

44 Fecha y hora de la pérdida / accidente	45 Monto total reclamado bajo este plan	46 Nombre de Conductor <input type="checkbox"/> Igual que el Asegurado Primario <input type="checkbox"/> Igual que el Inquilino
47 Lugar del Accidente (ciudad, estado, país)		
48a Se notificó a la policía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	48b En caso afirmativo , nombre del departamento de policía	48c En caso afirmativo , número de informe policial
49 ¿Se hizo un informe de accidente a la agencia de alquiler? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES, please provide a copy.		
50 Describa brevemente el incidente que resultó en el daño o la pérdida (adjunte una página adicional si es necesario):		

51 ¿Cree que un tercero fue el responsable? Si No (Si la respuesta es NO, omita esta sección)

52 Nombre del Tercero	53 Número de teléfono de terceros		
54 Dirección postal de terceros	55 Ciudad	56 Estado/Provincia/Región	57 Código postal
58 Nombre de la compañía de seguros de automóviles de terceros	59 Número de teléfono del seguro de automóvil del tercero	60 Número de Póliza de Automóvil del Tercero	

Información del agente de viajes (si corresponde)

61 Agente de Viajes	62 Nombre del Agente	63 Numero de Telefono	
64 Correo Electronico	65 Fax		
66 Dirección postal del agente de viajes	67 Ciudad	68 Estado/Provincia/Región	69 Código postal

Documentacion Adicional Requerida — incluya una estimación detallada de las reparaciones y una copia del contrato de alquiler.

IMPORTANTE: FIRMAR Y FECHAR A CONTINUACIÓN. DEVUELVA LAS PÁGINAS 1, 2, AND 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 sujeto 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