

INFORMACION DEL TITULAR		
NOMBRE DEL ASEGURADO A. PATERNO Y A. MATERNO	FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO		
TELEFONO DE CASA CON LADA	TELEFONO CELULAR	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	EDAD:	OCUPACION, PROFESION O ACTIVIDAD
RFC:	CURP:*	No SERIE FEA (SAT*):

*SOLO EN CASO DE CONTAR CON ESTOS.

INFORMACION DEL SINIESTRO		
No DE VUELO (PNR):	FECHA (dd/mm/aa):	CLAVE DE RESERVACION:

COBERTURAS			
SEÑALE COBERTURA A RECLAMAR			
<small>COBERTURAS PROPORCIONADAS POR IKÉ ASISTENCIA</small>			
EVACUACION MEDICA	<input type="checkbox"/>	TRASLADO DE MENORES	<input type="checkbox"/>
REPATRIACION FUNERARIA	<input type="checkbox"/>	TRASLADO DE FAMILIARES	<input type="checkbox"/>
ATENCION ODONTOLOGICA	<input type="checkbox"/>	ASISTENCIA LEGAL	<input type="checkbox"/>
		ASISTENCIA MEDICA (AMBULANCIA)	<input type="checkbox"/>
		ASISTENCIA EN VIAJES (PROLONGACION DE ESTANCIA, GASTOS DE HOTEL	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTACION A ENVIAR	
FORMATO DE RECLAMACION	<input type="checkbox"/>
COMPROBANTE DE GASTOS NO REEMBOLSADOS O EXTRAS	<input type="checkbox"/>
IDENTIFICACION DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>
COMPROBANTE DE DOMICILIO	<input type="checkbox"/>
ACTUACIONES DEL MINISTERIO PUBLICO /PARTE ANTE LAS AUTORIDADES	<input type="checkbox"/>
(SEGÚN CORRESPONDA)	
	<input type="checkbox"/>

*EN CASO DE QUE LA COBERTURA A RECLAMAR NO SE ENCUENTRE CONSIDERADA EN EL PRESENTE FORMATO, FAVOR DE CONSULTAR EL FORMATO 2 DE RECLAMACION.

SOLICITUD Y FINIQUITO POR PAGO A TRAVES DE TRANSFERENCIA ELECTRONICA		
MODALIDAD DE PAGO		
TRANSFERENCIA ELECTRONICA:	<input type="checkbox"/>	ORDEN DE PAGO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
<p><small>POR ESTE CONDUCTO SOLICITO Y AUTORIZO A INFOASIST (IKÉ ASISTENCIA) PARA QUE POR SU CONDUCTO Y A TRAVES DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS DEBIDA Y LEGALMENTE ESTABLECIDA EN LA REPUBLICA MEXICANA GESTIONEN EN MI FAVOR LAS RECLAMACIONES SEÑALADAS EN LA PRESENTE, DERIVADO DE RECLAMACIONES SEÑALADAS EN LA PRESENTE DERIVADOS DEL PROGRAMA "SEGURO DE VIAJES" Y SEA DEPOSITADO EN LA SIGUIENTE CUENTA BANCARIA A MI NOMBRE, NO RESERVANDOME AL EFECTO ACCION NI DERECHO ALGUNO DE EJERCER CONTRA LA INSTITUCION QUE COORRESPONDA.</small></p>		
NOMBRE DEL BANCO:	CLABE INTERBANCARIA:	
<p><small>AL EFECTUARSE LA TRANSFERENCIA A LA CUENTA CORRESPONDIENTE POR EL MONTO QUE PROCEDA DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DEL PROGRAMA "SEGURO DE VIAJES", RECONOCERE QUE SE HA EFECTUADO EL PAGO Y POR ESTE MEDIO OTORGO EL MAS AMPLIO FINIQUITO QUE EN DERECHO PROCEDA POR CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES AL AMPARO DEL "SEGURO DE VIAJES".</small></p>		
NOMBRE Y FIRMA DEL RECLAMANTE	LUGAR Y FECHA DIA/MES/AÑO	