



## FORMATO DE RECLAMACIÓN

### INFORMACION DEL ASEGURADO

Nombre Completo:	Fecha de Siniestro ____/____/____		
Fecha de Nacimiento: ____/____/____.	Lugar de Nacimiento: _____		
Edad: _____	Nacionalidad: _____	Ocupación: _____	
Domicilio Completo:			
Teléfono de Casa: _____			Celular: _____

### INFORMACION DEL SINIESTRO

Clave de Reservación: _____	Fecha de viaje: ____/____/____
Breve descripción de los hechos (¿Cómo, cuándo y dónde ocurrieron?)	
_____	

### COBERTURAS

**Señale la cobertura a reclamar.**

<input type="checkbox"/> Perdida / Demora / Daño de Equipaje	<input type="checkbox"/> RC
<input type="checkbox"/> Emergencia Médica	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental
<input type="checkbox"/> Cancelación / Demora de Viaje	

### DOCUMENTACION

**Señale documentos que envía.**

- Copia identificación asegurado
- Boleto / Ticket Aéreo
- Acta de defunción
- Certificado de defunción
- Copia del acta de averiguación previa
- Acta de Nacimiento Asegurado
- Declaración de Beneficiarios
- Documentación que acredite vínculo familiar



## FORMATO DE RECLAMACIÓN

- Informe medico
- Comprobantes de los gastos médico erogados a consecuencia de enfermedad
- Comprobante/ informe de perdida, daño o demora de equipaje expedido por la compañía aérea
- Ticket de documentación de equipaje (original)
- Recibo de indemnización expedido por la compañía aérea
- Relación elementos constantes en el equipaje, así como los valores de cada elemento
- Comprobantes de los gastos erogados a consecuencia de la cancelación / demora del viaje
- Comprobante de la causa externa cubierta por este seguro (Ej. Diagnóstico médico)
- Factura Original de gastos realizados por compra de ropa y artículos de primera necesidad
- Factura original de compra de nueva maleta o presupuesto de reparación
- Carta reclamación del afectado al asegurado
- Estudios y/o análisis médicos
- Facturas y/o comprobantes de Gastos Médicos
- Finiquito 3ero afectado
- Formato Único de Identificación de Personas
- Comprobante de Domicilio (antigüedad no mayor a 3 meses)
- Estado de cuenta (antigüedad no mayor a 3 meses)

### SOLICITUD Y FINIQUITO POR PAGO A TRAVES DE TRANSFERENCIA ELECTRONICA

Por medio de este conducto solicito y autorizo a **QBE México Compañía de Seguros, S.A de C.V**, para que el pago que proceda en mi favor derivado del Contrato de Seguro sea depositado en la siguiente cuenta bancaria a mi nombre, no reservándome al efecto acción ni derecho alguno que ejercer contra esta Institución de Seguros:

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

CLABE (18 dígitos)

Al efectuarse la transferencia a la cuenta correspondiente por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconoceré que se ha efectuado el pago y por este medio otorgo a **QBE México Compañía de Seguros, S.A de C.V**, el **más amplio finiquito que en derecho proceda por concepto de cumplimiento de sus obligaciones al amparo del Contrato de Seguro**

Nombre y Firma del Reclamante

Lugar y Fecha