

Aviso de siniestro

Siniestro n°

Protección SOS para incidentes de viaje

Estimado cliente:

Lamentablemente, no pudo realizar su viaje de la manera deseada. Para que podamos brindarle una prestación de seguro rápidamente y sin complicaciones, necesitamos que nos facilite algunos datos importantes. Le rogamos que complete esta denuncia de siniestro cuidadosamente y que adjunte, si corresponde, la siguiente documentación:

- Documentación de viaje (liquidación de anulación y confirmación de reserva)
- Certificado médico
- Lista detallada de los gastos o pretensiones
- Recibos originales
- Informe del encargado del viaje/informe policial
- Copia de la póliza de seguro

Si no puede responder alguna pregunta o no puede hacerlo en forma completa, le pedimos que nos explique la razón.

Preguntas sobre el/la tomador/a del seguro (persona beneficiaria)

Apellido: _____

Nombres: _____ Fecha de nacimiento: _____

Calle, número: _____

CP, localidad: _____

Teléfono (para ubicarlo durante el día): _____ Correo electrónico: _____

Número de cuenta (IBAN): _____ BIC/SWIFT: _____

Preguntas sobre la persona que ocasionó el daño (salvo que esta sea el tomador del seguro)

Apellido: _____

Nombres: _____ Fecha de nacimiento: _____

Qué tipo de relación existe con el tomador del seguro?

1. Viajó el causante de daño su mismo? Sí No

2. En caso afirmativo, ¿cómo emprendió el viaje de regreso? _____

Preguntas sobre el seguro

3. Fecha de contratación del seguro o del pago de la prima: _____

4. Póliza de seguro n°: _____

5. ¿Existen otros seguros para este hecho? Sí No

6. En caso afirmativo, indique cuáles son. _____

7. ¿Ya fue entregada una indemnización por parte de un tercero o le fue solicitada? Sí No

8. En caso afirmativo, indique de quién se trata. _____

Preguntas sobre el viaje interrumpido, cancelado o prolongado

9. Fecha de la solicitud de reserva: _____

10. Organizador del viaje: _____

11. Fecha del viaje de regreso extra/regreso provisional al domicilio: _____
12. Fecha del viaje de regreso planificado originalmente: _____
13. ¿Se contactaron con nuestra central de alarma? Sí No
14. En caso negativo, indicar el motivo: _____
- _____
- _____

Preguntas sobre el hecho

15. Motivo de la cancelación, interrupción o prolongación: _____
16. ¿Cuándo se produjo el hecho? _____ Fecha: _____
17. Resumen del caso: _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Si corresponde

18. ¿Se consultó a un médico? Sí No
19. En caso afirmativo, indique cuándo se hizo por primera vez. Fecha: _____
20. Nombre y domicilio del médico encargado del tratamiento: _____
- _____
21. ¿Por qué razón el médico le recomendó que cancelara el viaje? _____
- _____
- _____
22. ¿Cuándo, precisamente? _____ Fecha: _____
23. Indicar el diagnóstico preciso (sin abreviaturas): _____
- _____
- _____
- _____

Otras consideraciones

Confirmación y poder

ERV queda eximida de la obligación de realizar la prestación, si la persona asegurada intenta engañar a ERV de manera deliberada una vez ocurrido el siniestro sobre circunstancias importantes para el motivo o la cuantía de la prestación.

Autorizo a los médicos, instituciones de la salud de todo tipo, entidades de seguro y a ERV a otorgar toda la información necesaria sobre enfermedades anteriores, existentes actualmente y ocurridas durante la vigencia del contrato, consecuencias del accidente y discapacidades y eximo a los mencionados de su deber legal de guardar silencio

Lugar y fecha

Firma de la persona asegurada o de su representante legal