

Instrucciones para la presentación de reclamaciones

Lea las instrucciones para el tipo de reclamación que necesita presentar, puede tener más de una.

Demora de Equipaje

Su equipaje facturado se retrasó mientras estaba en su viaje cubierto.

1. Complete toda la información aplicable comenzando en la página 2.
2. Incluya documentación del transportista (línea aérea, línea de cruceros, etc.) que confirme la demora y la duración del retraso del equipaje.
3. Incluya recibos de compra por gastos adicionales incurridos como resultado del retraso del equipaje

Equipaje o Efectos Personales

Su equipaje y/o propiedad se perdió, fue robada o dañada durante su viaje cubierto.

1. Complete toda la información aplicable comenzando en la página 2.
2. Incluya reporte Policial por Robo/Hurto.
3. Incluya una copia del reclamo que presentó con su transportista (aerolínea, línea de cruceros, etc.) junto con su respuesta final para su reclamo con ellos. Si le pagaron una cantidad en dólares, proporcione prueba de ello. Si no le pagaron nada, proporcione pruebas de ello también.
4. Incluya prueba de propiedad de los artículos reclamados (recibo de compra, manual del propietario, etc.).

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

1 Motivo de la Reclamación (Puede seleccionar más de una.)

Retraso del equipaje Equipaje perdido Propiedad robada Equipaje o propiedad dañada

NOMBRE DEL PROGRAMA EF

EF Educational Tours Go Ahead Tours Ultimate Break College Study Tours Gap Year Explore America

Información del Asegurado Principal *Información del Viajero*

2 Nombre del asegurado primario		3 Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY	
4 Número de cuenta		5 Correo electrónico	
6 Teléfono		7 Fax	
8 Dirección postal (si es diferente de la casa)		9 Ciudad	10 Estado
			11 Código postal
12 Dirección		13 Ciudad	14 Estado
			15 Código postal
16 Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono			

Información del Proveedor del Viaje:

17 Número de confirmación	
18 Fecha Programada de Salida MM/DD/YYYY	19 Fecha Programada de Regreso MM/DD/YYYY

20 Descripción de los Artículos

Programada(s)	Valor Estimado	¿Ha recibido reembolso?	¿Si es así, de quién?	¿Cuánto?
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
	\$	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
Total	\$			\$

Información de la Pérdida

21 ¿Dónde y cómo ocurrió la pérdida, robo, daño o demora?		
22 Fecha de la Pérdida, robo, daño o demora MM/DD/YYYY		
23a ¿El equipaje se retrasó? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	23b Si es así, ¿por cuánto tiempo?	
24a ¿Ocurrió una pérdida o un daño mientras su propiedad estaba en o bajo la custodia del transportista común? (Ej. aerolínea, línea de cruceros, ferrocarril, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	24b Si es así, liste el nombre del transportista.	
25a ¿Completó un informe en el momento de la pérdida o daño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	25b Si es así, proporcione una copia del informe y el nombre de la lista y el título de la persona a la que se envió la notificación.	
26a ¿Ha presentado un reclamo contra su transportista común? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	26b Si es NO, hagalo de inmediato.. En caso afirmativo, ¿le ha pagado el transportista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	26c Si es SÍ, indique la cantidad.
27a ¿Hay algún otro seguro que pueda cubrir esta pérdida? (Propietarios, inquilinos, tarjeta de crédito, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	27b En caso afirmativo, indique el nombre de la empresa, el número de póliza y la dirección completa.	

Otro Seguro/Autorización

28a ¿Tiene algún otro seguro de viaje o fuera del país a través de un empleador, empleador del cónyuge, plan de jubilación o tarjeta de crédito o? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	No	28b Si es así, indique el nombre del proveedor de seguros
29 Póliza #	30 Banco emisor de tarjetas de credito	

AUTORIZO a cualquier compañía de seguros, cualquier organización o agencia de viajes, transportista aéreo, agencia de alquiler, hotel, motel o entidad similar que brinde alojamiento en alquiler o arrendamiento o, a cualquier otra persona que pueda tener conocimiento sobre este reclamo, a divulgar cualquier información solicitada con respecto a este reclamo y la pérdida reportada.

ENTIENDO que la información obtenida por el uso de esta autorización, será utilizada por Seven Corners para determinar la elegibilidad para los beneficios bajo este plan. Seven Corners no divulgará la información obtenida a ninguna persona u organización, EXCEPTO a compañías reaseguradoras u otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mi reclamo, o que de otra forma se requiera legalmente o que 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 un reclamo falso o fraudulento a sabiendas o ayudar a otra persona a presentar uno a sabiendas. He leído y comprendo los Avisos de fraude en la página 3 de este documento. *Un padre o tutor legal puede firmar en nombre de un menor.*

NEW 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, u oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

31 Firma	32 Fecha MM/DD/YYYY
----------	---------------------

Envíe este formulario y los documentos adjuntos a Seven Corners utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

CORREO Seven Corners, Inc. Attn: Claims PO Box 211379 Eagan, MN 55121 (Permitir 7-10 días para la entrega.)	FAX (+01) 317-575-2256	CORREO ELECTRÓNICO tourclaims@sevencorners.com *Más rápido y preferido*
--	---------------------------	---

Asistencia: Local 1-317-582-2658 o Gratuito 1-866-887-7148

Formulario de Autorización de Pago

- Para evitar demoras en el manejo de reclamos, asegúrese de firmar este formulario.
- El Nombre en la información de contacto debe coincidir exactamente con el nombre en la cuenta ACH, corriente o transferencia bancaria.
- Las cuentas en conjunto requieren todos los nombres de los titulares de la cuenta.

Información de Contacto

Nombre Titular de la cuenta(s)	Número de teléfono		
Correo electrónico	Autorizo a Seven Corners, Inc. a comunicarse conmigo utilizando esta dirección de correo electrónico para discutir y/o informarme sobre la confirmación del pago. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Dirección (No se aceptan P.O. Boxes)	Ciudad	Estado/Provincia/Región	Código postal

1 Tipo de Pago

<input type="checkbox"/> Cheque (el cheque se enviará a la dirección anterior)	<input type="checkbox"/> ACH/EFT: US \$ Canada(CAD) \$ – completar la sección 2
<input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica Internacional– completar la sección 3	

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	Código postal
Número ABA	Número de Cuenta	SWIFT BIC	

3 Información de la Cuenta Internacional/No Estadounidense - Complete para el pago a través de transferencia bancaria fuera de los EE. UU.

Nombre completo del Banco			
Dirección completa del Banco	Ciudad	Estado/Provincia/Región	Código postal
Número de cuenta	Número de Ruta(BLZ, BSB, TRNO, código de sucursal,, etc.)		
IBAN	SWIFT BIC	Moneda de reembolso preferida	

INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

Número de teléfono del Banco	Número de identificación
	Tipo de identificación: <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"/> OTHER

Por la presente, autorizo a Seven Corners, Inc. (en adelante, LA COMPAÑÍA) a enviar por correo cualquier pago a la dirección indicada anteriormente y a depositar cualquier cantidad que se me adeude para el reembolso de gastos médicos o servicios prestados al iniciar entradas de crédito en mi cuenta en la institución financiera (por la presente, BANCO) indicado anteriormente. Además, autorizo al BANCO a aceptar y acreditar cualquier entrada de crédito indicada por la COMPAÑÍA a mi cuenta. En caso de que la COMPAÑÍA deposite fondos en mi cuenta por error (a modo de ejemplo, no tengo derecho a los fondos o el monto del depósito es incorrecto o dichos fondos se depositan en la cuenta incorrecta), autorizo a la COMPAÑÍA a debitar o acreditar mi cuenta por el monto necesario para corregir el depósito inicial, pero en ningún caso ningún débito podrá exceder el monto del depósito inicial. Además, acepto que la COMPAÑÍA no es responsable de las tarifas de transacción cobradas y liberará a Seven Corners de cualquier responsabilidad en caso de pérdida o robo de pagos.

Firma del titular de la cuenta	Fecha
--------------------------------	-------

Formulario de reclamo Declaración 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 para el pago de una pérdida o beneficio o a sabiendas presente 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 una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

ALASKA: Una persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada conforme a la ley estatal.

CALIFORNIA: Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente 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 sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación 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 asegurador, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información 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 reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

KANSAS: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de fraude de seguros según lo determine un tribunal de justicia y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

MARYLAND: Cualquier persona que a sabiendas o deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para 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: Cualquier persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier 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 RSA 638:20.

NEW JERSEY: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de demanda que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

NEW MEXICO y PENNSYLVANIA: 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 u oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

OHIO: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

OKLAHOMA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, haga un 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 fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

TEXAS: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión 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 DEVOLVERNOS ESTA PÁGINA