

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE LA PÓLIZA DE ASISTENCIA EN VIAJE, GASTOS DE CANCELACIÓN DE VIAJES Y GASTOS DE CANCELACIÓN DE ENTRADAS

Cumplimente los datos que le solicitamos y envíenos la documentación necesaria que podrá encontrar en el documento guía y documentación.

Le recomendamos consulte el documento preguntas frecuentes sobre reembolsos de Asistencia en viaje, Gastos de Cancelación de Viaje y Gastos de Cancelación de Entradas.

Si ha contactado con nuestro teléfono de asistencia (+34915811823), indíquenos el **Nº de Expediente** que le han proporcionado.

Nº de Expediente:

Nº de Póliza:

Seleccione el tipo de reembolso y cobertura que solicita:

Incidencia con los vuelos:

Demora del vuelo / Cancelación
Pérdida de conexión

Overbooking
Pérdida de servicios

Incidencia con equipaje:

Deterioro
Robo

Pérdida total
Demora entrega

Responsabilidad civil / Indemnización fallecimiento accidental:

Responsabilidad civil privada

Indemnización fallecimiento
asegurado desplazado

Cancelación:

Gastos de anulación
(viaje sin iniciar)

Interrupción durante el viaje

Gastos de anulación de entradas

Asistencia en viaje:

Gastos médicos (hasta 500€)
Gastos médicos (superior a 500€)
Prolongación estancia por
enfermedad/accidente

Transporte o repatriación
Regreso anticipado

Relato de los hechos:

Datos del asegurado:NIE/NIF/PASAPORTE: Nombre y Apellidos: Dirección completa: Teléfonos (fijo/móvil): E-mail: **Datos bancarios del Titular de la cuenta:**NIE/NIF/PASAPORTE: Nombre y Apellidos del titular de la cuenta: Datos de la cuenta (incluya IBAN, SWIFT/BIC):

Firma:

Información del viaje:Fecha inicio del viaje: Fecha fin de viaje: Origen: Destino:

Datos agencia de viajes/agente (si procede):

Información de la entrada:Fecha de compra del seguro: Fecha del evento: **Otros seguros:**

¿Tiene algún seguro que cubra el siniestro? Si No

En caso afirmativo:

Nombre de la compañía: Nº Póliza: Nº de Expediente:

¿Existe un tercero responsable? Si No

En caso afirmativo:

Datos del tercero:

Especificación de los gastos:

| Fecha | Concepto factura | Importe | Divisa* |
|-------|------------------|---------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(*)En caso de países donde concurren más de 1 tipo de cambio, deberá adjuntar a la documentación un justificante formal del tipo de cambio utilizado para el pago.

Enumere su documentación:

- Doc. 1
- Doc. 2
- Doc. 3
- Doc. 4
- Doc. 5

Muy importante: por favor, cumplimente el cuadro con la relación de los gastos cuyo reembolso solicita (puede adjuntar dicha relación en una hoja aparte)

RECUERDE: LAS SOLICITUDES DEBEN IR ACOMPAÑADAS DEL N.I.F. /C.I.F. DE LA PERSONA QUE RECIBIRA EL PAGO Y FIRMADAS POR ELASEGURADO

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS

Responsable: MAPFRE ESPAÑA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Finalidades: Gestión del siniestro y contrato de seguro, prevención del fraude gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE.

Legitimación: Ejecución del Contrato

Destinatarios: Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional

Derechos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.

Información Adicional: Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART02301ESES02>

Mediante su firma acepta el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones indicados. En caso de facilitar datos de personas diferentes de usted, deberá informarles de los mismos. Si proporciona datos de menores de dieciséis años, deberá haber informado de dichos términos a los tutores legales del menor.

En caso de que los hechos declarados no sean verdaderos, el asegurado perderá derecho a indemnización y el asegurador podrá tomar medidas que considere oportunas.

El abajo firmante DECLARA que la información proporcionada es verdadera y se compromete a enviar la documentación requerida por el Asegurador.

Fecha:

Firma del Asegurado: