

# Instrucciones para Presentar una Reclamación

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

## Cancelación de Viaje

*Usted no pudo salir de su lugar de origen.*

1. Complete toda la información aplicable comenzando en la página 2.
2. Si la cancelación fue el resultado de una enfermedad o lesión, pídale al médico del paciente que complete la "Declaración del Médico" en el formulario de reclamo adjunto.
3. Envíe prueba de pago por los gastos reclamados. Formas aceptables de comprobante de pago son un resumen de la tarjeta de crédito y/o una copia del anverso y reverso del cheque.
4. Envíe copias de la factura y/o reserva del hotel, crucero y reservas de viaje.
5. Envíe su boleto electrónico de la aerolínea si tiene uno.
6. Envíe el aviso de cancelación del proveedor de viajes. Este aviso debe contener la reserva/itinerario/información de la reserva, la fecha de cancelación y las sanciones.
7. Terminación del empleo, presentar - Carta de terminación u otra documentación del empleador que indique las fechas de empleo.

## Interrupción de Viaje

*Usted comenzó su viaje y tuvo que regresarse a su hogar debido a un evento imprevisto*

1. Complete toda la información aplicable comenzando en la página 2.
2. If the interruption was the result of an illness/injury, please have the patient's physician complete the "Physician's Statement" on the attached claim form – medical records from the date of service are applicable in lieu of a completed "Physician's Statement."
3. Envíe prueba de pago por los gastos reclamados. Formas aceptables de comprobante de pago son un resumen de la tarjeta de crédito y/o una copia del anverso y reverso del cheque.
4. Envíe itinerarios de la aerolínea (Incluir el itinerario de vuelo original y una copia del nuevo itinerario de vuelo).

## Suplemento Individual

*Reservó un viaje con un acompañante que canceló, lo que resulta en cargos adicionales para usted.*

1. Complete toda la información aplicable comenzando en la página 2.
2. Envíe todas las confirmaciones de reserva revisadas que muestren el costo total revisado.

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).

Cancelación del viaje  Interrupción del viaje  Retraso del viaje

**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 Teléfono	
6 Correo electrónico		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 Compañía		18 Teléfono	
19 Dirección		20 Ciudad	21 Estado
			22 Código postal
23 Fecha Programada de salida MM/DD/YYYY		24 Fecha Programada de retorno MM/DD/YYYY	
25 Fecha real de regreso DD/MM/AAAA (interrupción de viaje/retraso de viaje)			

**Claimed Expenses**

\*Only list out-of-pocket expenses incurred by the traveler while on tour\*

Categoría	Monto	Documentos de Respaldo Necesarios
26 Pasaje aéreo	\$	Recibo del billete electrónico o boletos de avión originales
27 Alojamiento	\$	Documentos que confirman su reserva / pago / pago parcial
28 Tour(s)	\$	Copia de la factura. EF Tours calcula y proporciona a Seven Corners cualquier costo de viaje relacionado con Demora/Interrupción.
29 Crucero	\$	Confirmación de reserva
30 Otro	\$	Comidas, taxi, cualquier gasto adicional
31 Gastos totales	\$	
32 Reembolsos	\$	Ejemplos: créditos de cuenta, reembolsos en efectivo, comprobante de viaje o comida, etc
33 Total reclamado	\$	<input type="checkbox"/> If you do not know the total, check this box if you intend to claim the amount provided to Seven Corners by EF Tours.

**34 Si está reclamando boletos aéreos, complete la siguiente sección**

Sus boletos de avión pueden tener un valor de hasta un año a partir de la fecha de salida programada original. Indique a continuación si va a cambiar sus boletos para otro viaje. Tenga en cuenta: su firma en este acuerdo no es una garantía de pago. Las determinaciones de reclamo están sujetas a los términos y condiciones del documento del plan.

Yo (Nosotros) no usaremos nuestro boleto(s) de avión. Adjunte una copia de todas las confirmaciones electrónicas de boletos.

Yo (Nosotros) intercambiaremos nuestro boleto(s) de avión para viajes futuros. Adjunte una copia de todas las confirmaciones electrónicas de boletos junto con la documentación para el costo en el que incurrió para el intercambio.

**Compañeros de Viaje**

35 Nombre del compañero	36 Relación
37 Nombre del compañero	38 Relación
39 Nombre del compañero	40 Relación
41 Nombre del compañero	42 Relación

**43 Motivo de la Cancelación / Retraso / Interrupción**

--

**Si La Cancelación/Retraso/Interrupción es Debido a Razones Médicas**

44 Nombre de la persona que tiene la enfermedad o lesión	45 Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY
46 Relación con el Participante del Plan	
47a ¿La persona nombrada en la pregunta 44 recibió atención médica por los síntomas o enfermedades mencionados? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	47b En caso afirmativo, indique la fecha en que fue tratado por última vez MM/DD/YYYY
48 Período de Hospitalización (si es aplicable) MM/DD/YYYY Desde:	Hasta:

**Autorización Para la Divulgación de Información Médica - Para ser Completado por el Paciente**

Para procesar un reclamo de beneficios, autorizo a cualquier médico, hospital u otro Proveedor médico a que entregue a Seven Corners, o a su representante cualquier información relacionada con mi historial médico, síntomas, tratamiento, resultados de exámenes o diagnóstico. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Esta autorización se considerará válida por la duración del reclamo, pero no excederá dos años y medio a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

49 Fecha MM/DD/YYYY	50 Firma (Firma de la persona que sufre una enfermedad o lesión o un representante legalmente autorizado)
---------------------	---

**Declaración del Médico: - Debe ser Completado por un Médico Únicamente**

51 Nombre del doctor	52 Teléfono	53 Fax
54 Dirección	55 Ciudad	56 Estado
		57 Código postal
58 Nombre del Paciente	59 Fecha de Nacimiento MM/DD/YYYY	
60 Diagnóstico que resultó en la cancelación/interrupción del viaje		
61 Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o que ocurrió el accidente MM/DD/YYYY	62 Fecha del primer tratamiento MM/DD/YYYY	
63 ¿Fue el paciente tratado por otra persona? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	63a Si es así, ¿por quién?	63b ¿Cuándo? MM/DD/YYYY
64 El diagnóstico resultó en cancelación / interrupción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
65 Fecha MM/DD/YYYY	66 Firma del Médico	

## Documentos Requeridos

\*Solo proporcione elementos aplicables a su motivo de este reclamo\*

67 Dependiendo de la circunstancia involucrada en la pérdida, uno o más de los siguientes elementos pueden ser necesarios para completar el procesamiento de su reclamo. Por favor marque los artículos que ha adjuntado. Le recomendamos que guarde copias de los artículos enviados con este reclamo.	
	Recibo/ Boleto de la Línea Aérea
	Copias de cheques cancelados o extractos de tarjetas de crédito con una factura de su Proveedor de viajes que muestre la fecha de su depósito. Si desea renunciar a la exclusión de condiciones preexistentes en su reclamo, debe presentar prueba de que compró este plan de seguro dentro de los 20 días de su primer pago por arreglos aéreos/terrestres/marítimos.
	Reporte Policial
	Declaración del hotel / motel, aerolínea o instalación aeroportuaria que concierne a su propiedad perdida. Nota: Cualquier cancelación o retraso del vuelo debe ser documentada por la aerolínea.
	Contrato de alquiler de vehículos
	Copias de las declaraciones de reembolso emitidas por un transportista aéreo, instalación aeroportuaria, agencia de alquiler de automóviles, hotel / motel u otro establecimiento similar o cualquier otra compañía de seguros que le reembolse por la pérdida.
	Recibos de compra originales para gastos adicionales
	Informe del transportista que confirma el retraso
	Carta de terminación de empleo u otra documentación del empleador que indique las fechas de empleo.
	Otros (por favor describa)

## Otro Seguro/Autorización

68a ¿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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	68b Si es así, indique el nombre del proveedor de seguros
69 Póliza #	70 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.

71 Firma	72 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 E LECTRÓNICO 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**