# Cancelación de viaje / interrupción de viaje

## Declaración del asegurado

**RESIDENTES DE NUEVA YORK**

*Escriba en computadora o con letra de imprenta. Adjunte una hoja separada si se requiere espacio adicional.*

### INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado

Certificado #

Dirección del asegurado

Número de teléfono principal

Número de teléfono secundario

Dirección de correo electrónico del asegurado

### INFORMACIÓN DE RECLAMO

Fecha en que se reservó el viaje (MM/DD/AAAA)

Fecha de salida programada (MM/DD/AAAA)

Fecha de regreso programada (MM/DD/AAAA)

No. de viajeros afectados

Proporcione las circunstancias específicas que causaron la cancelación o interrupción de su viaje:

Fecha en que se canceló/interrumpió el viaje (MM/DD/AAAA)

¿A quién se notificó la cancelación? (Proporcione el nombre y el número de teléfono del agente, aerolínea, línea de cruceros, operador turístico, etc.)

¿Ha solicitado o se le ha otorgado crédito u otros arreglos como reembolso por su pérdida? (En caso afirmativo, proporcione detalles)

†Cantidad total que reclama

$

**†Interrupción de viaje SOLAMENTE: Detalle el monto total que está reclamando:**

| Descripción | Fecha de compra original | Nombre de la aerolínea/crucero/hotel/operador turístico u otro proveedor | Fecha de viaje/estadía | Precio de compra original | Pendiente/Crédito o cupones recibidos | Cantidad no reembolsable reclamada |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

*(†Adjunte una hoja separada si se requiere espacio adicional)*

## ENFERMEDAD O LESIÓN

Si su reclamo es el resultado de una enfermedad o lesión para usted, un miembro de la familia, un compañero de viaje o un cuidador de niños, complete lo siguiente:

Nombre de la persona enferma o lesionada

*Relación con usted

Fecha en que comenzó la enfermedad o lesión (MM/DD/AAAA)

Fecha en que cesó la enfermedad o lesión (MM/DD/AAAA)

Naturaleza de la enfermedad o lesión (si hay lesión, proporcione la fecha, la hora, el lugar y las circunstancias del accidente)

Fecha del primer tratamiento (MM/DD/AAAA)

Si fue hospitalizado, fechas de hospitalización: desde (MM/DD/AAAA)

hasta (MM/DD/AAAA)

Enumere los nombres y direcciones de todos los médicos tratantes / consultores o proveedores de atención médica: (Incluya nombre, dirección, ciudad, estado, código postal y teléfono)

Si está hospitalizado, proporcione el nombre y la dirección de los hospitales donde se recibió el tratamiento:

¿Fue la enfermedad o lesión la única causa de la cancelación o interrupción de su viaje? (Si no es así, proporcione detalles)

## FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR O COMPAÑERO DE VIAJE

Si su reclamo es el resultado de la muerte de un miembro de la familia, compañero de viaje o miembro de la familia de un compañero de viaje, complete lo siguiente:

Nombre del fallecido

*Relación con usted

Fecha de fallecimiento (MM/DD/AAAA)

*Adjunte una copia del certificado de defunción.*

## CERTIFICACIÓN DE NINGÚN OTRO SEGURO

Yo, _____ por la presente certifico que no tengo seguro de propietario, inquilino o cualquier otro seguro de viaje que cubra esta pérdida y además doy fe de que no he presentado un reclamo por esta pérdida bajo ninguna otra póliza.

Firmado (Asegurado o persona autorizada)

Fecha (MM/DD/AAAA)

## AUTORIZACIÓN

*(La persona enferma o lesionada debe completar una autorización firmada)*

Autorizo a cualquier compañía de seguros, médico, hospital u otro proveedor de atención médica, cualquier organización o agencia de viajes, aerolínea, línea de cruceros, operador turístico, agencia de alquiler, hotel, motel o entidad similar que proporcione alojamiento en régimen de alquiler / arrendamiento o 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 esta información será utilizada por Crum & Forster, United States Fire Insurance Company, Robin Assist, o sus representantes autorizados, con el fin de evaluar y determinar la cobertura de este reclamo. Sé que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si lo solicito, y acepto que una copia fotográfica o facsímil de esta autorización es tan válida como el original. Acepto que esta autorización será válida mientras dure esta reclamación.

**RESIDENTES DE NUEVA 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 reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material para ello, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas violaciones.

Firma (‡Persona enferma o lesionada)

Fecha (MM/DD/AAAA)

*‡Si la persona enferma o lesionada es menor de edad, proporcione la firma de su padre o tutor legal.*

### Cómo enviar este formulario

| | |
|---|---|
| **En línea** | claims.robinassist.com |
| **Correo electrónico** | EFToursclaims@robinassist.com |
| **Correo postal** | Robin Assist, P.O. Box 211879, Dallas, TX 75211 |
| **Teléfono** | +1 877 314 1193 (Preguntas sobre un reclamo ya en proceso) |

**Incluya una portada o carta de presentación con el nombre del asegurado y el número de reclamo.**

TENGA EN CUENTA: Cualquier tarifa asociada con la cumplimentación de este formulario y/o solicitudes de registros médicos sigue siendo responsabilidad del paciente, asegurado o reclamante. Todas las facturas o solicitudes de pago enviadas a Robin Assist serán devueltas al remitente.

# Declaración de advertencia sobre fraude

**PARA RESIDENTES DE TODOS LOS ESTADOS QUE NO SEAN LOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:** 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 es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**ALASKA:** Una persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presenta un reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según la ley estatal.

**ARIZONA:** Para su protección, la ley de Arizona requiere que aparezca la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

**CALIFORNIA:** Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

**COLORADO:** Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin 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 asegurado o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadero con los ingresos del seguro será reportado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

**DELAWARE:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**FLORIDA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, 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.

**INDIANA:** Una persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora presenta una declaración de reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

**KANSAS:** Un "acto de seguro fraudulento" significa un acto cometido por cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presenta, hace que se presente o se prepara con conocimiento o creencia de que será presentado a o por un asegurador, supuesto asegurador, corredor o cualquier agente del mismo, cualquier comunicación o declaración escrita, electrónica, de impulso electrónico, facsímil, magnética, oral o telefónica como parte de, o en apoyo de, una solicitud para la emisión o la calificación de una póliza de seguro para seguros personales o comerciales, o un reclamo de pago u otro beneficio de conformidad con una póliza de seguro para seguros comerciales o personales que dicha persona sabe que contiene información materialmente falsa sobre cualquier hecho material a la misma; u oculta, con el fin de inducir a error, información relativa a cualquier hecho material para ello.

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

**MAINE:** 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 pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de beneficios del seguro.

**MARYLAND:** Cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**MINNESOTA:** Una persona que presenta un reclamo con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

**NEW HAMPSHIRE:** Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, 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.

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

**PENSILVANIA:** 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 de la misma, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

**NUEVO MÉXICO:** CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O PRESENTE A SABIENDAS INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

**OHIO:** 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 es culpable de fraude de seguros.

**OKLAHOMA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga cualquier reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**OREGÓN:** NOTA IMPORTANTE: 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 un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión.

**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 prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.

**TEXAS:** 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 confinamiento en una prisión estatal.

**VIRGINIA:** 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.

**WASHINGTON:** 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.

**NUEVA 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 reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material para ello, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas violaciones.