

Nº de Expediente:

D. /Dª:

## FORMULARIO DE REEMBOLSO – INDEMNIZACIÓN

Estimado Asegurado,

### EN CASO DE SOLICITUDES DE REEMBOLSO:

Toda la documentación deberá ser enviada a:

1. Si sus originales son electrónicos (facturas, billetes de avión, etc.) puede enviar la documentación vía email a la siguiente dirección: [asistenciamedica@caser.es](mailto:asistenciamedica@caser.es) con el asunto "Pullmantur Reembolsos – DNI/Pasaporte.
2. Si sus originales no son electrónicos puede enviar la documentación a la siguiente dirección postal:

### CASER ASISTENCIA EN VIAJE

Referencia: Pullmantur Reembolsos  
Avenida de Burgos, 109  
Edificio Caser Seguros  
28050 Madrid  
Madrid – España

**Les recomendamos realicen sus consultas sobre el estado de su expediente a través de Teléfono de Contacto: 910551646 (horario de atención de 9-17h lunes a viernes/ no festivos)**

**IMPRESINDIBLE DOCUMENTOS ORIGINALES, PERO CONSERVE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS PERSONALES.** La compañía estará en su derecho de solicitar información adicional para la correcta tramitación del expediente y de ARCHIVAR su expediente en curso por falta de documentación.

El presente formulario NO constituye un reconocimiento de cobertura del siniestro pero será utilizado por el Asegurador para analizar el siniestro, entendiéndose que podrá rechazar el siniestro conforme a las disposiciones y condiciones de la póliza de seguro.

Reciba un cordial saludo,

Teléfono directo: 910551646  
Dirección de email: [asistenciamedica@caser.es](mailto:asistenciamedica@caser.es)  
Departamento de reembolsos  
CASER ASISTENCIA EN VIAJE

## FORMULARIO DE REEMBOLSO – INDEMNIZACIÓN (Imprescindible cumplimentar)

### DATOS DEL ASEGURADO

Nº de Póliza

Expediente

Localizador

Fechas de viaje  
(Ida/vuelta)

Origen y destino

Datos Agencia  
Viajes/Agente

Nombre y Apellidos

DNI/Pasaporte/ tarjeta  
de residencia del titular

Domicilio

Tfno.  
contacto

E-mail de contacto

Nombre titular  
cuenta  
bancaria

DNI titular de la  
cuenta bancaria

IBAN

Firma del  
titular

### TIPO DE COBERTURA

En base a las coberturas contratadas en su póliza  
(marcar con una X la cobertura pretendida)

Asistencia en viaje

Equipajes y demoras

Anulación / interrupción

- Gastos médicos
- Transporte o repatriación
- Prolongación de estancia  
por enfermedad o accidente
- Regreso anticipado
- Otros. Indicar:

- Robo, pérdida o deterioro  
equipaje (subrayar)
- Demora entrega equipaje
- Demora de viaje
- Otros. Indicar:

- Gastos de anulación
- Interrupción viaje
- Otros. Indicar:

Accidentes personales

Responsabilidad Civil

- Fallecimiento
- Invalidez Permanente

- Responsabilidad Civil Privada
- Gastos legales

## DOCUMENTACIÓN NECESARIA

### Para todas las solicitudes (junto a este formulario cumplimentado)

1. Copia del justificante de la póliza que certifique la inclusión, pago y contratación del seguro, así como la fecha de contratación. Precio total del viaje asegurado y envío del bono de viaje, si procede. Para los viajes amparados por seguro a través de tarjeta, adjuntar copia de la tarjeta y justificante de pago del viaje con la misma.
2. Justificante de las fechas de viaje y destino.
3. Copia del DNI del solicitante del reembolso y del titular de la cuenta bancaria, si difiere del primero.
4. Libro de familia (en el caso en el que haya implicado familiares)
5. Relato de los hechos. Recomendable carta explicativa.
6. Otros justificantes que sean necesarios.

Según el tipo de cobertura.

### A. ASISTENCIA A LAS PERSONAS

#### Reembolso de gastos médicos:

- Informe/Parte de asistencia médica original donde se indique el motivo de la enfermedad, accidente, hospitalización, el diagnóstico y la fecha exacta de ocurrencia.
- Facturas originales de los servicios médicos utilizados.

#### Reembolso de gastos de transporte y repatriación sanitaria o por fallecimiento:

- Justificantes originales de los medios de transporte utilizados.
- Justificantes originales de los medios de transporte previstos para la vuelta y no utilizados.
- Certificado de defunción, si procede.

#### Reembolso de prolongación de estancia

- Factura original desglosada del hotel.

#### Reembolso por desplazamiento y alojamiento de acompañante

- Justificantes originales de los medios de transporte utilizados y factura original desglosada de hotel.

#### Reembolso por retorno anticipado del Asegurado

- Copia de los billetes electrónicos utilizados para la vuelta anticipada y factura original de compra de los mismos.
- Facturas originales de otro tipo de servicios que han sido utilizados en relación con la vuelta anticipada.

- Justificante de la ocurrencia del siniestro que ha provocado la vuelta anticipada

1. En caso de vuelta anticipada por enfermedad grave de familiar se necesita el informe médico detallado de la persona que origina la vuelta anticipada.

2. En caso de vuelta anticipada por fallecimiento, se necesita copia del certificado de defunción, copia del libro de familia para confirmar el grado de parentesco con el fallecido.

3. En caso de vuelta anticipada por siniestro grave en su residencia habitual o locales profesionales, se necesita justificantes o certificados del hecho que hubiera producido la interrupción del viaje.

### Reembolso de gastos para la obtención de documentación

- Documento que acredite la pérdida del pasaporte (denuncia de robo/perdida, comprobante de emisión de nuevo documento, etc.)

- Facturas originales de los gastos de desplazamiento y/o alojamiento incurridos como consecuencia de la incidencia con el pasaporte

### B. INCIDENCIAS POR DEMORA DEL MEDIO CONTRATADO Y PÉRDIDA DE SERVICIOS.

#### Señale su cobertura:

Demora del vuelo  Pérdida de conexión

Overbooking  Cancelación

- Certificado del transportista por la incidencia, reflejando el tipo de incidencia y la causa de la misma.

- Copia de los billetes.

- Facturas originales de los gastos, ocasionados como consecuencia de la incidencia con el transportista.

### C. COBERTURA DE EQUIPAJES

#### Facturados

- Documento original expedido por la empresa transportista que acredite lo sucedido (P.I.R. y/o parte de irregularidad según la causa, y/o denuncia/informe policial.

- En caso de robo o pérdida: Facturas o extractos bancarios que demuestren la compra de los objetos robados/perdidos o, en su defecto, una relación del contenido del equipaje.

- Relación y valoración del contenido del equipaje.

- En caso de demora en la entrega del equipaje: Justificante de recepción del equipaje.

- Justificante de indemnización de la compañía transportista con el concepto de la causa pretendida.

**No facturado**

- Denuncia ante la policía en el lugar de ocurrencia del robo.
- Relación y facturas de los objetos robados.
- Reclamación ante la Compañía transportista.

**D. ANULACIÓN/INTERRUPCIÓN**

**Anulación de viaje (incluidos cruceros)**

- Copia del programa del viaje donde consten los servicios contratados, el PVP y las condiciones de venta/anulación.
- Copia de la cancelación de la reserva con los gastos originados.
- Factura original, emitida por la minorista al cliente, en concepto de gastos de anulación o, en su defecto, Factura original por el pago total del viaje + factura original de abono de la parte reembolsada por su agencia de viajes.

**Anulación de billetes aéreos**

- Billetes: físico o electrónico.
- Condiciones de la tarifa aérea (política de cambios y reembolsos).
- Histórico de la reserva donde conste la cancelación - Factura de abono del importe reembolsado por la compañía aérea/agencia de viajes Interrupción del viaje.
- Certificado del transportista que refleje la hora de salida real del vuelo.
- Información del plan de vuelo original.
- Copia de la factura del pago de viaje.
- Justificante de la mayorista con el desglose de los servicios perdidos.

**Pérdida de servicios contratados:**

**Pérdida de clases y forfait:**

- Justificante de repatriación
- Forfait: justificante original individual por el pago satisfecho a la agencia de viajes o escuela de ski por el importe de dichas clases o forfait.
- Informe médico del hecho que no permitió al asegurado la participación en dichas actividades.

**ATENCIÓN: Si cancela o interrumpe su viaje por motivos médicos deberá entregar y cumplimentar la siguiente información:**

- Un informe sellado y firmado por el médico tratante detallando la lesión o enfermedad (incluyendo descripción del historial médico del paciente en

relación con la condición que ha llevado a la presentación de solicitud de indemnización si la hubiere) y en el que, además, se responda a las siguientes preguntas:

Fecha de inicio de los síntomas:

Fecha de la primera consulta:

Fecha de emisión del diagnóstico

**E. ACCIDENTES, RESPONSABILIDAD CIVIL, GASTOS LEGALES**

Fallecimiento:

- Partida de nacimiento y certificación literal del acta de defunción del asegurado.
- Los que acrediten la personalidad de los beneficiarios.
- Si los beneficiarios son los herederos del asegurado se requerirá una copia de la escritura de partición y adjudicación de la herencia o, en su caso, el auto de declaración de herederos dictado por el Juzgado competente.
- Carta de pago o exención de Impuesto de Sucesiones debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda correspondiente.

Responsabilidad Civil:

- Certificado de seguro/Bono de viaje/Justificante de seguro con Caser.
- Facturas originales de los importes solicitados.
- Reclamación del tercero implicado.

**F. OTRAS CAUSAS**

- Si necesita reclamar cualquier otro siniestro que no se encuentre en las secciones anteriormente indicadas, por favor, le rogamos indique aquí las circunstancias y detalles del siniestro. Si el espacio es insuficiente, por favor, adjunte hoja explicativa aparte.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### SOLICITUD DE GASTOS

FECHA	CONCEPTO DE LA FACTURA	IMPORTE	DIVISA

---

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

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

El abajo firmante declara que las declaraciones aquí hechas son verdaderas y se compromete a enviar la documentación requerida por el Asegurador.

Fecha y Firma del Asegurado

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

#### PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el Solicitante (Asegurado en su caso) consiente a que, los datos personales (incluso los de salud) facilitados al mediador y, en su caso, al contratante colectivo, sean incluidos por la entidad aseguradora en un fichero, y a su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para valorar y delimitar el riesgo y, en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual, siendo destinataria y responsable del fichero CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER- -, con domicilio en Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid, donde el Solicitante (Asegurado en su caso) podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose a Asesoría Jurídica - Protección de Datos. Asimismo, autoriza a que sus datos personales puedan ser cedidos a Entidades del Grupo Caser, aceptando que por éstas se le remita información sobre cualquier producto o servicio que comercialicen.