



Chubb Insurance Company of Puerto Rico
33 Resolución STE 500
San Juan, PR 00920-2707

P.O. Box 191249
San Juan, PR 00919-1249

T +1-787-274-4700
F +1-787-758-6989

Formulario de Reclamación Demora de Vuelo

Como resultado de la demora del vuelo número _____, ocurrido el
(fecha m/d/año) _____, con la aerolínea _____, por
el motivo de _____, adjunto la siguiente documentación: **(Nos reservamos el derecho de solicitar documentos adicionales de ser necesario)**

- Carta de reclamación:** Explicando el motivo o razón de la cancelación o interrupción del viaje.
- Comprobantes de los gastos generados:** Por concepto de comida, estadías y transporte, que haya incurrido debido a la demora del vuelo.
- Copia de identificación vigente con foto del asegurado, emitida por una entidad gubernamental con autoridad para emitirla (frente y reverso):** De ser ciudadano de los Estados Unidos de América, se aceptarán identificaciones emitidas tanto el gobierno federal, como por cualquiera de sus jurisdicciones. De no ser ciudadano de los Estados Unidos de América, solo se aceptará un pasaporte nacional vigente.
- Copia del documento expedido por la aerolínea:** Indicando el motivo de la demora, número de vuelo y fecha del suceso.
- Estado de cuenta:** Deberá reflejar el cargo por la compra del boleto de avión.

Nombre		
Dirección postal		
Dirección residencial		
Fecha de nacimiento (m/d/a/)		Núm de póliza
Teléfono		Correo electrónico

Comprometidos en brindarle el servicio de excelencia que merece, es necesario que nos haga llegar toda la documentación antes mencionada. Puede iniciar su proceso de reclamación, enviando su información por correo regular a la siguiente dirección:

Chubb Insurance Company of Puerto Rico, PO Box 191249, San Juan, PR 00919-1249. También puede enviar su reclamación por fax al 787-758-6989, o vía correo electrónico a: puertorico-firstnoticeofloss@chubb.com.

La información solicitada es requerida para iniciar el trámite de su reclamación. **No se aceptarán reclamaciones que no reúnan toda la documentación antes solicitada.**

Artículo 27.320-Aviso del Comisionado de Seguros

“Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o perdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$ 5,000), ni mayor de diez mil dólares (\$ 10,000) o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.”

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta.

Firma del reclamante
(ó su representante legal)

Fecha
(mm/dd/aaaa)