





FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSOS

Para poder procesar su solicitud de reembolso, cumplimente, por favor, este formulario y envíenoslo junto con la documentación que le indicamos a continuación en este <u>enlace</u>.

Si ha contactado inicialmente con nuestros teléfonos de asistencia o de reembolsos y le hemos abierto expediente, indíquenos, por favor, el número que le hayamos asignado. En caso contrario, deje el campo en blanco.

| Agencia/Web contratada: | | | |
|--|-----------------|--|-------|
| N° de Expediente: | | | |
| Modalidad del seguro*: | | | |
| Seleccione el tipo de reembolso | o que solicita: | | |
| Incidencia con los vuelos: | | | |
| Demora del vuelo/Ca Pérdida de conexión | | Overbooking Pérdida de servicios | Otros |
| Incidencia con el equipaje: | | | |
| Deterioro Robo | | Pérdida total Demora en la entrega | Otros |
| Responsabilidad Civil/Accid | lentes: | | |
| Responsabilidad Civ | il privada | Accidentes | |
| Cancelación del viaje: | | | |
| Gastos de anulación | | Gastos de interrupción del viaje | |
| Asistencia en viaje: | | | |
| Gastos médicos Prolongación de est | ancia | Transporte o repatriación Regreso anticipado | Otros |
| Total importe reclamado y | divisa*: | | |
| | | | |
| Relate los hechos*: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Campos obligatorios

















| Datos del asegurado: | |
|--|----------------------------------|
| NIE/NIF/Pasaporte*: | |
| Nombre y apellidos*: | |
| Dirección completa*: | |
| Teléfonos (fijo/móvil)*: | |
| E-mail: | |
| Datos bancarios del tit | cular de la cuenta: |
| NIE/NIF/Pasaporte*: | |
| Nombre y apellidos del titular de la cuenta*: | |
| Datos de la cuenta | |
| (incluya IBAN,SWIFT)*: Firma: | |
| | |
| | |
| Información del viaje: | |
| Fecha inicio del viaje*: | Fecha fin del viaje*: |
| Origen: | Destino*: |
| Datos agencia de viajes/ | agente (si procede): |
| | |
| | |
| | |
| ¿Dispone de algún otro | o seguro que cubra el siniestro? |
| Sí No | |
| En caso afirmativo: | |
| Nombre de la compañía: | |
| Nº de Póliza: | |
| N° de Expediente: | |

*Campos obligatorios





















| Enumere la documentación que aporta: | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|
| Doc. 1 | | | | |
| Doc. 2 | | | | |
| Doc. 3 (| | | | |
| Doc. 4 | | | | |
| Doc. 5 | | | | |
| Doc. 6 | | | | |

Muy importante: por favor, cumplimente el cuadro con la relación de los gastos cuyo reembolso solicita.

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

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016) que entró en vigor el 25 de mayo de 2018, los datos personales facilitados a IMA IBÉRICA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (en adelante, "IMA IBÉRICA") se utilizarán con la finalidad de posibilitar el mantenimiento, desarrollo y gestión de la relación negocial formalizada entre las partes. Los datos tratados con esta finalidad se conservarán mientras se mantenga dicha relación negocial y, una vez finalizada ésta, durante los plazos de conservación y de prescripción de responsabilidades legalmente previstos.

Para esta finalidad, los datos podrán comunicarse a destinatarios terceros (Encargados de tratamiento) que actuarán bajo las directrices de IMA IBÉRICA como Responsable del mismo, para velar por el cumplimiento íntegro de la legislación aplicable.

La base jurídica para llevar a cabo los tratamientos de datos especificados en el apartado anterior es la ejecución de las obligaciones contractuales asumidas por IMA IBÉRICA respecto al interesado.

El interesado puede ejercer ante IMA IBÉRICA sus derechos de acceso; rectificación; supresión; limitación del tratamiento; portabilidad de los datos, oposición y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, incluida la elaboración de perfiles.

Para el ejercicio de tales derechos el interesado puede enviar su solicitud a IMA IBÉRICA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A, Calle Julián Camarillo, 29, 28037 Madrid; o a la dirección de correo electrónico <u>asesoria.juridica@imaiberica.es</u>. En todo caso, el interesado tiene derecho a presentar una reclamación ante la correspondiente autoridad de control si lo estima oportuno.

| Fecha: | Firma del Asegurado: | |
|--------|----------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |









