



Formulario de reclamo Protección de Compra

Caso Número

Fecha de la notificación de reclamo

MM • DD • AAAA

Por favor, complete en su totalidad este formulario en letra de imprenta. Una vez completo por favor enviar por:



lacclaim@ap-visa.com
(documento escaneado)



54-11-4370-8304



Maipú 255, Piso 17
C1084ABE
Buenos Aires, Argentina

Si usted tiene alguna duda sobre como completar este formulario, por favor comuníquese al: **1(800)-396-9665** desde Norteamérica, Canadá, Puerto Rico o Islas Vírgenes o al **(303)-967-1098** para llamadas desde cualquier otro país por cobro revertido a través de la operadora internacional. El formulario de reclamo debe ser entregado dentro de los **90 días** posteriores al incidente.

Sección 1. Información general – complete la sección entera (por favor, imprenta)

Nombre del titular de la tarjeta

Dirección de residencia (calle y número)

Ciudad

País

Teléfonos de contacto (incluir clave de larga distancia)

Casa

Oficina

Otro

Correo electrónico

Tipo de tarjeta y número

Classic Gold Platinum Signature Infinite Corporate Business Purchasing CTA*
(Central Travel Account)

Otro producto Visa

Monto del beneficio

\$

Especifique moneda

Primeros 6 y últimos 4 dígitos de la tarjeta

□ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ X X - X X X X - □ □ □ □ □ □

* Para cuentas CTA (Central Travel Account), ingresar los 6 dígitos.

Sección 2. Información del incidente – complete la sección entera (por favor, imprenta)

Nombre del solicitante

Relación con el titular

Soy el titular Esposo/a Hijo/a dependiente Otro (Especifique)

Sexo

Femenino Masculino

Fecha de nacimiento

MM • DD • AAAA

¿Usted posee otro seguro que cubra esta pérdida?

Sí No

Si respondió sí, indique el monto:

\$

Especifique moneda⁽¹⁾



Continúa

Sección 2. Información del incidente

¿Ha hecho algún reclamo anterior con el beneficio de Protección de Compra?

Sí No

Si respondió **Sí**, ¿en qué fecha?

MM • DD • AAAA

¿El artículo comprado fue cargado en su totalidad a la tarjeta Visa mencionada arriba?

Sí No

Fecha del incidente

MM • DD • AAAA

Fecha de la compra

MM • DD • AAAA

Precio de compra (Incluir impuesto)

\$

Especifique moneda⁽¹⁾

Artículo comprado

Fabricante

Modelo

Cantidad del reclamo

\$

Cantidad pagada por otro seguro (si aplica)

\$

Cantidad total del reclamo

\$

Especifique moneda⁽¹⁾

Descripción del incidente.

Describa brevemente el incidente y el daño del artículo (por favor, use una página adicional si necesita más espacio)

Si el artículo fue dañado, ¿puede ser reparado?

Sí No

Si respondió **Sí** y la reparación ha sido realizada, por favor incluya una copia de la factura desglosada o del estimado de reparación.

¿El daño en el artículo es visible?

Sí No

Si su respuesta es **afirmativa** por favor envíe una fotografía del artículo dañado ya que puede ser suficiente como prueba de pérdida.

⁽¹⁾ Moneda en el que se incurrió el gasto



Sección 3. Importante: por favor lea y firme

ES NUESTRA OBLIGACIÓN INFORMARLE SOBRE LO SIGUIENTE: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de cometer un fraude a cualquier compañía de seguro u otras personas, presenta un informe de demanda conteniendo cualquier información materialmente falsa, incompleta o engañosa, comete un acto fraudulento de seguro y está sujeta a una acusación criminal y a penas civiles.

La información proporcionada es verdadera y completa según mi leal entender. YO COMPRENDO QUE ESTE FORMULARIO DEBE DE SER COMPLETADO Y QUE TODOS LOS REQUISITOS DE SEGUROS, POLICÍA, ETC, RECLAMOS/REPORTES DEBEN DE SER PRESENTADOS ANTES DE QUE CUALQUIER RECLAMO BAJO BENEFICIO DE PROTECCIÓN PUEDA SER PROCESADO Y PAGADO. Yo autorizo al banco emisor de proveer a AXA Assistance S.A. toda la información sobre mi cuenta para procesar este reclamo. Continúo dando autorización a AXA Assistance S.A. para obtener copias de cualquier reporte de policía, fuego, u otros reportes de investigación e información necesaria para procesar mi reclamo.

Firma y fecha

