

## FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO

### ¿Necesitas usar tu seguro de desempleo?

En Chubb estamos contigo para ayudarte a realizar tu solicitud de pago de forma rápida y sencilla.



#### ¡Puedes hacerlo en línea!

Si lo prefieres, para agilizar la resolución de tu siniestro, puedes llenar este formato de manera electrónica y adjuntar tus documentos en: <http://reportalo.chubb.com.co/>



#### Al llenar este formulario

Hazlo con los datos de la(s) persona(s) cubierta(s) en la póliza. Todos los campos son requeridos.

Necesitarás:  
- Información de tu cuenta bancaria.



#### ¿Necesitas ayuda?

Línea Gratuita Nacional  
**01 8000 917 500 Opción 3**  
Bogotá  
**(57) 601 319 04 02 Opción 3**

Horario de atención:  
Lunes a Viernes de 8:00 am a 5:00 pm

### 1. ¿QUIÉN ES LA PERSONA AFECTADA?

Por favor, escribe el nombre tal como aparece en la identificación presentada para el reclamo.

Fecha de nacimiento (DD|MM|AAAA).

Número de Identificación.

Fecha de expedición (DD|MM|AAAA).

Actividad económica.

Departamento.

Ciudad.

Dirección.

### 2. ¿CÓMO PODEMOS CONTACTARTE?

Teléfono.

Correo electrónico.

### 3. CUÉNTANOS QUÉ SUCEDIÓ

¿Cuándo ocurrió el despido?

Por favor, escribe la fecha completa: DD|MM|AAA

¿Estás trabajando actualmente?

Sí  No

Motivo del despido.



Nuestra misión es hacer que este proceso sea lo más ligero para ti, por lo que la siguiente información nos ayudará a atender tu solicitud de forma rápida y eficaz. Detállalo en tus palabras. **Recuerda que estamos contigo en cada paso.**

Describe lo que sucedió.



## TÍTULO

Póliza.

Fecha de diligenciamiento.

Tomador.

Dirección Permanente.

Teléfono(s).

Celular.

Obligación a cubrir con el seguro.

## DECLARACIÓN

Yo: \_\_\_\_\_

identificado con C.C. número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_

manifiesto que he estado sin vinculación laboral permanente o he estado incapacitado total y

temporalmente desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Por medio de la presente autorizo Chubb Seguros Colombia S.A. a verificar esta información y en caso de ser inconsistente acepto la pérdida del beneficio que me otorga la póliza indicada, así como las implicaciones de índole penal que por faltar a la verdad podrían generarse con la presentación de esta declaración.

Huella