

## FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO

### ¿Necesitas usar tu seguros por desmembración?

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



#### 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 QUE TUVO EL ACCIDENTE?

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 DEL ACCIDENTE

¿Cuándo fue el accidente?

Por favor escribe la fecha completa: DD|MM|AAAA

¿Cuál fue la extremidad lesionada?

¿Incurrieron en gastos derivados del accidente?

Sí  No



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.

