

## FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO

# ¿Necesitas usar tu auxilio por tratamiento ambulatorio?

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 A QUIEN SE LE REALIZÓ EL TRATAMIENTO AMBULATORIO?

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. CUENTANOS SOBRE EL TRATAMIENTO AMBULATORIO

¿Cuál fue la causa del tratamiento?

Accidente.  Enfermedad.

Fecha del accidente o primeros  
síntomas de enfermedad.  
(DD|MM|AAAA)

Fecha en la que realizó el  
tratamiento.  
(DD|MM|AAAA).



Diagnóstico o padecimiento que originó el tratamiento.



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.**

Tipo de tratamiento que se realizó (ej. inmovilización, inyección, etc.)

Describe lo que sucedió.

#### 4. ¿HAS REPORTADO ESTE TRATAMIENTO ANTES (EN CHUBB O EN OTRA ASEGURADORA)?

En esta sección responde si has presentado en Chubb o en otra aseguradora algún trámite (siniestro) ligado a este mismo tratamiento.

No     Sí    Nombre de la aseguradora.    Número de siniestro.

  

#### 5. ¿A QUIÉN VAMOS A PAGAR?



Toma en cuenta lo siguiente: El pago se realizará a la persona afectada. En caso de que sea menor de edad, el pago se le realizará al asegurado principal.

Nombre completo.    Número de identificación.

  

Nombre del banco donde se realizará el depósito.    Número de cuenta.    Tipo de cuenta.

        Ahorro     Corriente

#### 6. ¿ACEPTAS LO SIGUIENTE?

- Certifico que todas las respuestas son completas y verídicas, autorizando de antemano a cualquier médico o clínica a suministrar a Chubb Seguros Colombia S.A. cualquier información que estime conveniente.
- Autorizo el tratamiento de los datos personales consignados en el presente documento, incluyendo datos sensibles, para que Chubb Seguros Colombia S.A. los utilice para los fines exclusivamente relacionados con el siniestro al que el mismo se refiere. Tengo conocimiento de que el tratamiento que realiza la aseguradora sobre estos datos personales puede ser consultado en la política de Privacidad de Chubb Seguros Colombia S.A., la cual tengo a mi disposición en la página web. <https://www.chubb.com/co-es/sobre-nosotros/proteccion-de-datos-personales.html>
- Declaro que la fuente y el origen de mis recursos provienen de mi actividad económica. Ni yo, ni terceros con mi consentimiento o el de mi representado, realizamos actividades ilícitas.
- Este formulario se suscribe mediante firma digital, la cual reconozco. Acepto que podrá ser requerida la presentación en físico de este documento en caso de la existencia de alguna controversia legal y tendrá plena validez jurídica.

Fecha de hoy (DD|MM|AAAA).    Firma.

  

#### ¡LISTO! Terminaste de llenar el Formato de Reclamación.

Envía los siguientes documentos en formato PDF al correo: [siniestrosvida.co@chubb.com](mailto:siniestrosvida.co@chubb.com)

##### Formato para llenar:

- Formato de Reclamación de Siniestros (este documento).

##### Documentos médicos:

- Historia clínica completa del evento reclamado.

##### Documentos de la persona a la cual pagaremos en caso de proceder:

- Documento de identificación.
- Información bancaria.

En caso de ser necesario, pueden ser requeridos otros documentos.