

Formulario de Reclamación de Siniestro
Accidente y Salud

Instrucciones

- 1. Usted debe hacer referencia a su póliza al momento de someter la reclamación.
- 2. Completar el formulario en todas sus partes con letra imprenta y legible.
- 3. Presentar la evidencia de su reclamación de acuerdo con la póliza y cobertura.
- 4. Adjuntar copia de su documento de identidad personal.

Parte I - Información del Asegurado Reclamante

Contratante (sólo si es colectiva) _____ No. Póliza _____

Nombre Completo del Asegurado Titular _____

Nombre Completo del Reclamante (Paciente) _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) No. de Identificación _____

Dirección Residencial _____

Tel. Residencial _____ Tel. Trabajo _____ Celular _____

Relación con el Titular _____ Ocupación _____

Correo electrónico _____

Parte II – Cobertura Reclamada

<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Incapacidad
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos por Accidente	<input type="checkbox"/> Desempleo
<input type="checkbox"/> Diagnóstico de Cáncer	<input type="checkbox"/> Pérdida de Órganos
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/> Invalidez
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> Otra: _____

Parte III - Datos del Reclamo

Su reclamación se efectúa por

☐ 1. Enfermedad

☐ 2. Accidente

☐ 3. Otro _____

Diagnóstico motivo de la reclamación _____

1. En caso de **Enfermedad**:

Cuándo se presentaron los primeros síntomas ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

Fecha en que recibió atención por primera vez ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

Nombre del médico u hospital que le trató por primera vez _____

Nombre de médicos u hospitales que lo hayan tratado por esta condición

2. En caso de **Accidente**:

Cuándo ocurrió el accidente ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Hora _____ ☐am ☐pm

Dónde ocurrió _____

Describe cómo ocurrió el accidente _____

En caso de accidente de tránsito, hubo parte policivo ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, favor adjuntar copia del parte policivo.

3. En caso de **Incapacidad, Desempleo, Invalidez**:

Nombre de la empresa donde labora _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del Contacto _____

Último día de trabajo ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Inicio de cese de labores ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

Razón de la cesantía _____

4. En caso de haber sido **Hospitalizado**

Nombre del hospital _____

Dirección del hospital _____

Fecha de Ingreso ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Fecha de Egreso ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

5. En caso de reembolso de **Gasto Médico por Accidente**, monto reclamado USD \$ _____

Autorización

Declaro que la información aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la Compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo.

En consecuencia, autorizo a Chubb Seguros Panamá S.A. a verificar la información aquí mencionada y a exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.

El Contratante, el Asegurado y/o el Reclamante, reconocen y aceptan que han entregado a Chubb Seguros Panamá S.A. datos sensibles al amparo de la Ley 81 de 26 de marzo de 2019 y confidenciales al amparo del numeral 18 del artículo 3 de la Ley 12 de 3 de abril de 2012. El Contratante, el Asegurado y/o el Reclamante acepta y autoriza el tratamiento de datos para el cumplimiento de los fines de la contratación de seguros y su transferencia entre entidades afiliadas al grupo Chubb o terceros contratados por este, en cumplimiento de los derechos establecidos en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación (cuando exista fundamento legal para ello), de oposición y portabilidad de forma gratuita, en el tiempo provisto por la ley y recibir constancia de la actualización de la base de datos, conforme a lo establecido en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 81 de 26 de marzo de 2019.

Por este medio autorizo plenamente a Chubb Seguros Panamá S.A. para que pueda transmitir a terceros la información suministrada en el presente documento y en cualquier otro que haya suscrito con ellos con motivo de que puedan evaluar plenamente el reclamo a los servicios incluidos en mi póliza de seguros, incluyendo pero sin limitar, a ajustadores, peritos y cualquier otro experto que ellos requieran para poder utilizar la información, en la manera que he autorizado o que las leyes de la República de Panamá permiten.

Firma Asegurado Reclamante

Fecha (Día / Mes / Año)