

Formulario de Reclamación de Siniestro Saldo Deudor

Instrucciones

1. Completar el formulario en todas sus partes con letra imprenta y legible.
2. Presentar la evidencia de su reclamación de acuerdo a la póliza.
3. Adjuntar copia de su documento de identidad personal.

Parte I - Información del Asegurado

Contratante _____ 2. No. Póliza _____

Nombre Completo del Asegurado _____

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

Ocupación: _____

Parte II – Datos del Reclamo

Fecha de ocurrencia: ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Monto Reclamado: USD\$ _____

Causa del fallecimiento: _____

Tipo de contrato:

- Préstamo Personal Préstamo de Auto Otro _____
- Préstamo Hipotecario Tarjeta de Crédito

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.

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 Contratante_____
Fecha (Día / Mes / Año)