

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

☐ Hospitalización	☐ Incapacidad
☐ Gastos Médicos por Accidente	☐ Desempleo
☐ Diagnóstico de Cáncer	☐ Pérdida de Órganos
☐ Enfermedades Graves	☐ Invalidez
☐ Muerte Accidental	☐ 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 proporcionada es completa y exacta, asumiendo total responsabilidad por su veracidad. Me comprometo a entregar cualquier información adicional requerida para la atención y análisis de este reclamo. Autorizo a Chubb Seguros Panamá S.A. a verificar y solicitar toda información relevante sobre el siniestro y sus circunstancias, incluso aquella adicional a la inicialmente suministrada.

Reconozco y acepto, que los datos personales y datos sensibles (los relativos a la salud) suministrados serán tratados por Chubb Seguros Panamá S.A. para atender y analizar la reclamación de siniestro, y cumplir obligaciones legales y contractuales. Autorizo su posible transferencia a entidades afiliadas y/o terceros contratados, bajo medidas de confidencialidad y seguridad, incluso fuera de la República de Panamá. Conforme a la Ley 81 de 2019, tengo derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad de mis datos personales. El procedimiento para ejercer estos derechos, los criterios de conservación de los datos, la existencia de decisiones automatizadas y los datos de contacto del Oficial de Protección de Datos están detallados en la Política de Privacidad disponible en el sitio web de la compañía.

Firma Asegurado Reclamante

Fecha (Día / Mes / Año)