

Formulario de Reclamación de Siniestro

Seguro Individual de Viajes

Instrucciones

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

Parte I - Información del Asegurado Reclamante

No. Póliza _____ No. Certificado _____

Nombre del Asegurado Contratante _____

Nombre del Asegurado Reclamante _____

No. de Identificación (Pasaporte) _____ Ocupación _____

Dirección de Residencia _____ Tel. Residencia _____

País y Ciudad de Residencia _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Parte II – Cobertura Reclamada

- | | |
|--|--|
| ☐ Muerte Accidental en Viaje | ☐ Demora de Viaje |
| ☐ Pérdida de Órganos por Accidente | ☐ Cancelación o Interrupción de Viaje |
| ☐ Gastos Médicos por Accidente/Enfermedad | ☐ Pérdida de Equipaje |
| ☐ Gastos Odontológicos de Emergencia | ☐ Demora de Equipaje |
| ☐ Medicamentos | ☐ Compra Protegida (robo con violencia) |
| ☐ Traslado Médico de Emergencia | ☐ Propiedad Personal |
| ☐ Repatriación de Restos Mortales | ☐ Hurto con Forzamiento a Casa Habitación |
| ☐ Renta Diaria por Hospitalización | ☐ Otra: _____ |

Parte III – Detalles del Viaje

Fecha Inicio del Viaje ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Fecha Regreso del Viaje ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)

País Origen _____ País Destino _____ No. Reserva (Booking No.) _____

Parte IV – Detalles del Siniestro

Fecha de Ocurrencia ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Lugar donde ocurrió el siniestro _____

Describa como ocurrió el incidente

☐

Reclamo relacionado con COVID-19

Monto Reclamado _____ Moneda _____

Autorización

Declaro que la información proporcionada es completa y exacta, asumiendo total responsabilidad por su veracidad. Autorizo a Chubb Seguros Panamá S.A. a verificar y solicitar toda información relevante para la atención y análisis de este reclamo.

Reconozco y acepto que mis datos personales y, en caso de ser necesario, datos sensibles (los relativos a la salud), 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 oficial de la compañía.

Firma Asegurado Reclamante

Fecha (Día / Mes / Año)