

Formulario de Reclamación de Accidentes Personales

Contratante: Panamá Sports Partner, S.A.

Póliza Número: 30 - 916

Instrucciones

- 1. Completar el formulario en todas sus partes con letra imprenta y legible.
- 2. Adjuntar copia del documento de identidad personal del asegurado, recibos originales con detalle.
- 3. En caso de desmembramiento por accidente, adjuntar los rayos X del miembro afectado.

Información del Reclamante

- 1. Nombre del Asegurado
- 2. Fecha de Nacimiento / / (Día/Mes/Año)
- 3. No. de Identificación
- 4. Nombre del Representante Legal (Padre o Madre)
- 5. Dirección Residencial
- 6. Tel. Residencial
- 7. Tel. Trabajo
- 8. Celular
- 9. Correo electrónico

Datos del Reclamo

- 1. Cobertura Reclamada:
 - ☐ Gastos médicos por accidente (Límite Cobertura USD \$2,000)
 - ☐ Desmembramiento por accidente (Límite Cobertura USD \$8,000)
 - ☐ Invalidez total y permanente por accidente (Límite Cobertura USD \$8,000)
- 2. Fecha del accidente / / (Día/Mes/Año)
- 3. Hora am pm
- 3. Describa cómo y dónde ocurrió el accidente

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 del reclamante Fecha / / (Día/Mes/Año)

Informe Médico

1. Nombre Completo del Paciente

2. Fecha de Nacimiento / / (Día/Mes/Año)3. Edad4. Sexo ☐ M ☐ F

5. Diagnóstico ICD

Diagnóstico ICD

Diagnóstico ICD

6. Cuándo se presentaron los primeros síntomas de esta condición / / (Día/Mes/Año)

7. Estudios que se ordenaron que apoyen el diagnóstico

8. Favor detallar el tratamiento realizado

Código Procedimiento	Descripción	Fecha de Atención día/mes/año	Costo

9. Observaciones / Prognosis

Declaración del Médico Tratante

Nombre Completo

EspecialidadCorreo electrónico

DirecciónTeléfono

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta y verdadera, y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.

Firma

Fecha / / (Día/Mes/Año)

Sello del Médico y Número de Registro Médico

