

Formulario de Reclamación
Contratante: Autoridad del Canal de Panamá

Sección I – Paramédicos de la ACP

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ No. ID: _____

Dirección Residencial: _____

País de Residencia: _____ Tel. Residencia: _____ Celular: _____

Ocupación: _____ Relación con la ACP: _____

Lugar de la emergencia: _____ Fecha de la emergencia: _____ Hora: _____

Naturaleza de la lesión o condición: _____

Nombre de la persona encargada del Área por la ACP: _____

Nombre del Médico Asesor por la ACP: _____

Describa en detalle cómo ocurrió el accidente: _____

Nombre de quien llena el Formulario por la ACP: _____

Fecha del Reporte: _____

Firma: _____

Sección II – Personal del Hospital (Urgencia)

Nombre del Hospital: _____

Fecha de Admisión: _____ Fecha de Salida: _____

Nombre del médico: _____ Especialidad: _____

Monto Total: _____

Autorización

Declaro que la información proporcionada en este formulario 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 datos sensibles (incluyendo información médica y de 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 del Paciente o Persona Autorizada para Firmar

No. Identificación

Fecha