

Formulario de Reclamación de Siniestro Celulares

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 Reclamante

Nombre Completo del Asegurado _____

No. de Identificación _____ No. Póliza _____

Dirección Residencial _____

Tel. Residencial _____ Tel. Trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Parte II – Cobertura Reclamada

Seleccione la cobertura que aplica, según las contratadas en sus Condiciones Particulares.

- | | |
|--|---|
| ☐ Daño total accidental | ☐ Robo total con violencia |
| ☐ Daño accidental parcial | ☐ Otra: _____ |

Parte III – Datos del Reclamo

Fecha de ocurrencia ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Lugar donde ocurrió el incidente _____

Marca y Modelo de Celular _____ Monto del

Describa como ocurrió el incidente

Monto Reclamado: USD\$ _____.

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 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)