

# 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 a 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

---

- |                                                                  |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muerte Accidental en Viaje              | <input type="checkbox"/> Demora de Viaje                         |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Órganos por Accidente        | <input type="checkbox"/> Cancelación o Interrupción de Viaje     |
| <input type="checkbox"/> Gastos Médicos por Accidente/Enfermedad | <input type="checkbox"/> Pérdida de Equipaje                     |
| <input type="checkbox"/> Gastos Odontológicos de Emergencia      | <input type="checkbox"/> Demora de Equipaje                      |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos                            | <input type="checkbox"/> Compra Protegida (robo con violencia)   |
| <input type="checkbox"/> Traslado de Emergencia                  | <input type="checkbox"/> Propiedad Personal                      |
| <input type="checkbox"/> Repatriación de Restos Mortales         | <input type="checkbox"/> Hurto con Forzamiento a Casa Habitación |
| <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización        | <input type="checkbox"/> 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 aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la Compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo.

En consecuencia, autorizo a Chubb Seguros Panamá S.A. a verificar la información aquí mencionada y a exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.

El Contratante, el Asegurado y/o el Reclamante, reconocen y aceptan que han entregado a Chubb Seguros Panamá S.A. datos sensibles al amparo de la Ley 81 de 26 de marzo de 2019 y confidenciales al amparo del numeral 18 del artículo 3 de la Ley 12 de 3 de abril de 2012. El Contratante, el Asegurado y/o el Reclamante acepta y autoriza el tratamiento de datos para el cumplimiento de los fines de la contratación de seguros y su transferencia entre entidades afiliadas al grupo Chubb o terceros contratados por este, en cumplimiento de los derechos establecidos en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación (cuando exista fundamento legal para ello), de oposición y portabilidad de forma gratuita, en el tiempo provisto por la ley y recibir constancia de la actualización de la base de datos, conforme a lo establecido en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 81 de 26 de marzo de 2019.

Por este medio autorizo plenamente a Chubb Seguros Panamá S.A. para que pueda transmitir a terceros la información suministrada en el presente documento y en cualquier otro que haya suscrito con ellos con motivo de que puedan evaluar plenamente el reclamo a los servicios incluidos en mi póliza de seguros, incluyendo pero sin limitar, a ajustadores, peritos y cualquier otro experto que ellos requieran para poder utilizar la información, en la manera que he autorizado o que las leyes de la República de Panamá permiten.

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Reclamante\_\_\_\_\_  
Fecha (Día / Mes / Año)