

Formulario de Reclamación de Siniestro Chubb Travel Insurance

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 Reclamante

Nombre del Asegurado Titular _____
Nombre del Reclamante (Paciente) _____
No. Póliza _____ No. de Identificación _____
Dirección Residencial _____
Tel. Residencial _____ Tel. Trabajo _____ Celular _____
Relación con el Titular _____ Ocupación _____
Correo electrónico _____

Parte II – Cobertura Reclamada

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancelación de Viaje | <input type="checkbox"/> Emergencia Médica para Viaje | <input type="checkbox"/> Transporte Médico de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Equipaje | <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Muerte Accidental |
| <input type="checkbox"/> Retraso de Equipaje | <input type="checkbox"/> Cobertura de Asalto | <input type="checkbox"/> Repatriación de Restos Mortales |
| <input type="checkbox"/> Propiedad Personal | <input type="checkbox"/> Robo a Casa Habitación | |

Parte III – Detalles del Siniestro

Duración del Viaje: Desde ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Hasta ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año)
País/Ciudad Origen _____ País/Ciudad Destino _____
Fecha del Siniestro ____ / ____ / ____ (Día/Mes/Año) Lugar donde ocurrió el siniestro _____

Descripción del Siniestro

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.

Firma del reclamante

Fecha (Día/Mes/Año)