

FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO

¿Necesitas usar tu auxilio por maternidad o paternidad?

En Chubb estamos contigo para ayudarte a realizar tu solicitud de pago de forma rápida y sencilla.



Al llenar este formulario

Hazlo con los datos de la(s) persona(s) cubierta(s) en la póliza. Todos los campos son requeridos.

Necesitarás: Información de tu cuenta bancaria.



¿Necesitas ayuda?

Línea Gratuita Nacional **01 8000 917 500 Opción 3** Bogotá **(57) 601 319 04 02 Opción 3**

Horario de atención: Lunes a Viernes de 8:00 am a 5:00 pm

1. ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE SOLICITA EL AUXILIO? Por favor, escribe el nombre tal como aparece en la identificación presentada para el reclamo. Fecha de nacimiento (DD MM AAAA). Número de Identificación. Fecha de expedición (DD MM AAAA). Actividad económica. Departamento. Ciudad. Dirección.									
2. ¿CÓMO PODEMOS CON Teléfono. Correo electrónico.	NTACTARTE?	3. CUÉNTANOS CUÁNDO NACIÓ Fecha de nacimiento del bebé (DD MM AAAA).							
4. ¿HAS SOLICITADO ESTE BENEFICIO ANTES (EN CHUBB O EN OTRA ASEGURADORA)? En esta sección responde si has presentado en Chubb o en otra aseguradora algún trámite ligado a este mismo evento. No Sí Nombre de la aseguradora. Número de solicitud.									

5. ¿A QUIÉN VAMOS A PAGAR?



Toma en cuenta lo siguiente: El pago se realizará al asegurado principal.

Número de identificación. Nombre completo. Nombre del banco donde se realizará el depósito. Número de cuenta. Tipo de cuenta. Ahorro Corriente ¡LISTO! Terminaste de llenar el 6. ¿ACEPTAS LO SIGUIENTE?

- ☐ Certifico que todas las respuestas son completas y verídicas, autorizando de antemano a cualquier médico o clínica a suministrar a Chubb Seguros Colombia S.A. cualquier información que estime conveniente.
- ☐ Autorizo el tratamiento de los datos personales consignados en el presente documento, incluyendo datos sensibles, para que Chubb Seguros Colombia S.A. los utilice para los fines exclusivamente relacionados con el siniestro al que el mismo se refiere. Tengo conocimiento de que el tratamiento que realiza la aseguradora sobre estos datos personales puede ser consultado en la política de Privacidad de Chubb Seguros Colombia S.A., la cual tengo a mi disposición en la

https://www.chubb.com/co-es/sobre-nosotros/proteccion-de-datos-per sonales.html

- ☐ Declaro que la fuente y el origen de mis recursos provienen de mi actividad económica. Ni yo, ni terceros con mi consentimiento o el de mi representado, realizamos actividades ilícitas.
- ☐ Este formulario se suscribe mediante firma digital, la cual reconozco. Acepto que podrá ser requerida la presentación en físico de este documento en caso de la existencia de alguna controversia legal y tendrá plena validez jurídica.

Fecha de hoy (DD MM AAAA).						Firma.			

Formato de Reclamación.

Envía los siguientes documentos en formato PDF al correo: siniestrosvida.co@chubb.com

Formato para llenar:

• Formato de Reclamación de Siniestros (este documento).

Documento de nacimiento:

• Registro civil de nacimiento del bebé.

Documentos de la persona a la cual pagaremos en caso de proceder:

- Documento de identificación.
- Información bancaria.

En caso de ser necesario, pueden ser requeridos otros documentos.