

FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO

¿Necesitas usar tu seguro de desempleo?

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



¡Puedes hacerlo en línea!

Si lo prefieres, para agilizar la resolución de tu siniestro, puedes llenar este formato de manera electrónica y adjuntar tus documentos en: http://reportalo.chubb.com.co/



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 AFECTADA? Por favor, escribe el nombre tal como aparece en la identificación presentada para el reclamo.					
Fecha de nacimiento (DD MM AAAA). Número de Identificación. Departamento. Ciudad.	Fecha de expedición (DD MM AAAA). Actividad económica. Dirección.				
2. ¿CÓMO PODEMOS CONTACTARTE? Teléfono.	Correo electrónico.				
3. CUÉNTANOS QUÉ SUCEDIÓ ¿Cuándo ocurrió el despido? Por favor, escribe la fecha completa: DD MM AAA LESTÁS trabajando actualmente? Sí No Motivo del despido.	Nuestra misión es hacer que este proceso sea lo más ligero para ti, por lo que la siguiente información nos ayudará a atender tu solictud de forma rápida y eficaz Detállalo en tus palabras. Recuerda que estamos contigo en cada paso. Describe lo que sucedió.				

4. ¿HAS REPORTADO ESTE EVENTO ANTES (EN CHUBB O EN OTRA ASEGURADORA)? En esta sección responde si has presentado en Chubb o en otra aseguradora algún trámite (siniestro) ligado a este mismo evento.				
No Sí Nombre de la aseguradora.	Número de siniestro.			
5. ¿A QUIÉN VAMOS A PAGAR? Nombre completo. Nombre del banco donde se realizará el depósito. Número de cuenta.	Toma en cuenta lo siguiente: El pago se realizará al asegurado principal o al tomador de la póliza. Número de identificación. Tipo de cuenta. Ahorro Corriente			
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 página web. 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.	¡LISTO! Terminaste de llenar el 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). Documentos de la persona despedida: • Certificación laboral en la cual especifique la causa de despido, fecha, antigüedad y tipo de contrato. • Liquidación final de prestaciones sociales. • Declaración mensual de desempleo (formato proporcionado por Chubb). • En caso de aplicar: Extracto del producto o certificación de la entidad tomadora donde conste el valor de la cuota mensual. 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.			



Declaración Mensual

TÍTULO

Póliza.	Fecha de diligenciamiento.	Tomador.	
Dirección Permanente.			
Teléfono(s).	Celular.	Obligación a cubrir con el seguro.	
DECLARACIÓN			
Yo:			
identificado con C.C. número	e	xpedida en	
manifiesto que he estado sin	vinculación laboral permanent	e o he estado incapacitado total y	
temporalmente desde/	/ hasta//		
Por medio de la presente auto	orizo Chubb Seguros Colombia	S.A. a verificar esta información y en	
caso de ser inconsistente ace	pto la pérdida del beneficio que	e me otorga la póliza indicada, así como	
las implicaciones de índole pe	enal que por faltar a la verdad p	oodrían generarse con la presentación de	
esta declaración.			Huella