## CHUBB

#### FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO

# ¿Necesitas usar tu seguro de viaje por alguno de los siguientes casos: Gastos Médicos, Odontológicos o Farmacéuticos?

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 RECIBIÓ LA ATENCIÓN MÉDICA?		
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 CONTACTARTE?		
Teléfono.	Correo electrónico.	
	_	
3. CUÉNTANOS DEL MOTIVO DE LA ATENCIÓN MÉDICA	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. <b>Recuerda que estamos contigo en cada paso.</b>	
Fecha de inicio de primeros síntomas o malestares. Por favor, escribe la fecha completa (DD MM AAAA).	Describe brevemente lo que sucedió.	
Fecha en la que se recibió la atención médica: Por favor, escribe la fecha completa (DD MM AAAA).		

En esta sección responde si has presentado en Chubb o en otra aseguradora.  No SI Nombre de la aseguradora.  Número de siniestro.  Si Nombre de la aseguradora.  Número de siniestro.  Número de siniestro.  Número de siniestro.  Si Toma en cuenta lo siguiente: El pago se realizará al asegurado. En caso de gua el afectudo sea menor de selad, el pago se la realizará al representante legal.  Número de cuenta.  Número de cuenta.  Número de cuenta.  Número de cuenta.  Número de siniestro.  Siguiente El pago se realizará al asegurado.  En caso de se realizará el depósito.  Número de siniestro.  Siguiente El pago se realizará al segurador.  En caso de se realizará el depósito.  Número de cuenta.  Tipo de cuenta.  Siguiente El pago se realizará el depósito.  Número de siniestro.  Siguiente El pago se realizará el depósito.  Número de siniestro.  Tipo de cuenta.  Siguiente El pago se realizará el usolo.  Siguiente El pago se realizará el	4. ¿HAS REPORTADO ESTOS GASTOS MÉDICOS ANTES (EN CHUBB O EN OTRA ASEGURADORA)?		
S. ¿A QUIÉN VAMOS A PAGAR?  Para pagos en cuentas de Colombia.  Nombre completo.  Número de identificación.  Número de cuenta.  Tipo de cuenta.  Tipo de cuenta.  Banco.  Banco.  Banco.  Banco.  Banco.  Banco intermediario (En caso de aplicar).  Banco intermediario (En caso de	En esta sección responde si has presentado en Chubb o en otra aseguradora algún trámite (siniestro) ligado a esta misma atención médica.		
Para pagos en cuentas de Colombia.  Nombre completo.  Número de identificación.  Número de cuenta.  Tipo de cuenta.  Aborro Corriente  Banco.  Certifico que todas las respuestas son completas y veridicas, autorizando de antennano a cualquier médico o clínica a suministrar a Chubb Seguros Colombia S.A. que interposa que en ismo se refere. Tengo conocimiento de que el tratamiento de los datos personales consiglaços es esto actos personales comentiones que en el sance para que Chubb Seguros Colombia S.A. los utilite para los fines exclusivamente relacionados con el siniestro al que el mismo se refere. Tengo conocimientos de que el tratamiento que realizar a segurador a sobre esto actos personales puedi ser consultados en la postera de Chubb Seguros Colombia S.A. los utilite para los fines exclusivamente relacionados con el siniestro al que el mismo se refere. Tengo conocimientos de que el tratamiento que rela tratamiento de los datos personales consiglados en el presente documentos ne paro fon fines exclusivamente relacionados con el siniestro al que el mismo se refere. Tengo conocimientos que el tratamiento que rela tratamiento que rela tratamiento que relacionados con el siniestro al que el mismo se refere. Tengo conocimientos que el tratamiento que rela tratamiento que en tratamiento que relacionados con el siniestro al que el mismo se refere. Tengo conocimientos que el tratamiento que relacionados con el siniestro al que el mismo se refere. Tengo conocimientos que el tratamiento que relacionados con el siniestro al que el mismo se refere. Tengo conocimientos que el tratamiento que relacionados con el mismo referencionados con el mismo de conocimientos que el tratamiento que relacionados conocimientos que el tratamiento que relacionados conocimientos que el tra	No Sí Nombre de la aseguradora.	Número de siniestro.	
Para pagos en cuentas de Colombia.  Nombre completo.  Número de identificación.  Número de cuenta.  Ilpo de cuenta.  Número de cuenta.  Número de cuenta.  Número de cuenta.  Ilpo de cuenta.  Ilpo de cuenta.  Sanco intermediario (En caso de aplicar).    Sanco intermediario (En caso de aplicar)			
Para pagos en cuentas de Colombia.  Nombre completo.  Número de identificación.  Número de cuenta.  Ilpo de cuenta.  Número de cuenta.  Número de cuenta.  Número de cuenta.  Ilpo de cuenta.  Ilpo de cuenta.  Sanco intermediario (En caso de aplicar).    Sanco intermediario (En caso de aplicar)			
Tipo de cuenta.    Samo en cuenta lo siguiente El pago se realizará al asegurado. En caso de que el afectado sea menor de edad, el pago se le realizará al representante legal.   Nombre completo.   Número de identificación.	5 : A OLIIÉN VAMOS A PAGAR?		
Nombre del banco donde se realizará el depósito.  Número de cuenta.  Tipo de cuenta.  Tipo de cuenta.  Aborro Corriente  Para pagos a cuentas internacionales, es necesario completar la siguiente información. (El pago se realizará en USD).  Cuenta.  Banco.  Banco.  Banco intermediario (En caso de aplicar).  ABA (Solo Estados Unidos) / SWIFT.  Banco intermediario (En caso de aplicar).    Certifico que todas las respuestas son completas y verificas, autorizando de antenano a cualquier médico o cinica 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 cual lergo a mi disposición en la pagina velb.    Autorizo el tratamiento de los datos personales consignados en el presente documento, incluyendo datos sensibles, para que Chubb Seguros Colombia S.A. la cual tengo a mi disposición en la pagina velb.    Decuarro que la fuente y el origen de mis recursos provienen de mi actividad económica. Ni yo, ni terceros com mi consentimiento o el de mi representado, va calizamas actividades filicitas.    Declaro que la fuente y el origen de mis recursos provienen de mi actividad económica. Ni yo, ni terceros com mi consentimiento o el de mi representado, va calizamas actividade silicitas.    Este formulario se suscribe mediante firma digital, la cual reconoaco.   Acapto nue podrá ser requerida la presentación en fisico de este documento en caso de la existencia de alguna controversia legal y tendrá plena validez juridica.	S. ZA QUILIT VANOS AT AGAIL.		
Nombre del banco donde se realizará el depósito.  Número de cuenta.  Tipo de cuenta.  Ahorro Corriente  Para pagos a cuentas internacionales, es necesario completar la siguiente información. (El pago se realizará en USD).  Cuenta.  Banco.  ABA (Solo Estados Unidos) / SWIFT.  Banco intermediario (En caso de aplicar).  Certifico que todas las respuestas son completas y veridicas, autorizando de antenano a cualquier médico o clinica a suministrar a Chubb Seguros Colombia SA. 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 SA. la cual tengo a mi disposición en la página web.  Intips://www.chubb.com/co-es/sobre-nosotros/proteccion-de-datos-per sonales. Intips://www.			
Para pagos a cuentas internacionales, es necesario completar la siguiente información. (El pago se realizará en USD).  Cuenta.  Banco.  ABA (Solo Estados Unidos) / SWIFT.  Banco intermediario (En caso de aplicar).    Certifico que todas las respuestas son completas y veridicas, 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 utile 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 iterceros con mis consentimiento o el de mi representado, realizamos actividades ilicitas.    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.	Nombre completo.	Numero de identificación.	
Para pagos a cuentas internacionales, es necesario completar la siguiente información. (El pago se realizará en USD).  Cuenta.  Banco.  ABA (Solo Estados Unidos) / SWIFT.  Banco intermediario (En caso de aplicar).  Certifico que todas las respuestas son completas y veridicas, 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 utile 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 pólitica 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 ilicitas.  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.			
Para pagos a cuentas internacionales, es necesario completar la siguiente información. (El pago se realizará en USD).  Cuenta. Banco.  ABA (Solo Estados Unidos) / SWIFT. Banco intermediario (En caso de aplicar).  Certifico que todas las respuestas son completas y veridicas, 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 utilengo a la gene exclusivamente relacionados con el siniestro al que el mismo se refiere. Tengo conocimiento de que el tratamiento que realizar la aseguradora sobre estos datos personales puede ser consultado en la política de Privacida 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 actividade económica. Ni yo, ni terceros con mi consentimiento o el de mi representado, realizamos actividades lificitas.  En caso de ser necesario, pueden ser requeridos otros documentos.  En caso de ser necesario, pueden ser requeridos otros documentos.  En caso de ser necesario, pueden ser requeridos otros documentos.	Nombre del banco donde se realizará el depósito. Número de cuenta.		
ABA (Solo Estados Unidos) / SWIFT.  Banco intermediario (En caso de aplicar).    Certifico que todas las respuestas son completas y veridicas, 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. Fengo conocimiento de que el tratamiento que realiza la aseguradora sobre estos datos personales puedes er 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 actividade conomica. Ni yo, ni terceros con mi consentimiento o el de mi representado, realizamos actividades llicitas.   Declaro que podrá ser requerida la presentación en físico de este documento en caso de la existencia de alguna controversia legal y tendrá plena validez juridica.		Ahorro Corriente	
ABA (Solo Estados Unidos) / SWIFT.  Banco intermediario (En caso de aplicar).    Certifico que todas las respuestas son completas y veridicas, 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 politica 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 ilicitas.    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 ilicitas.    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 juridica.	Para pagos a cuentas internacionales, es necesario completar la siguiente información. (El pago se realizará en USD).		
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 refere. 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 actividade económica. Ni yo, ni terceros con mi consentimiento o el de mi representado, realizamos actividades illicitas.  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.	Cuenta. Banco.		
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 utilite para los finse exclusivamente relacionados con el siniestro al que el mismo se refere. 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 actividade 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.			
□ 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.  □ 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 e sete documento por mato PDF al correo: siniestrosvida.co@chubb.com  Formato de Reclamación de Siniestro.  Envía los siguientes documentos en formato PDF al correo: siniestrosvida.co@chubb.com  Formato que la lenar:  • Formato de Reclamación de Siniestros (este documento).  Documentos de Reclamación de Siniestros (este documento).  Pormato par lenar:  • Formato par lenar:  • Formato par lenar:	ABA (Solo Estados Unidos) / SWIFT.	Banco intermediario (En caso de aplicar).	
□ 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.  □ 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 e sete documento por mato PDF al correo: siniestrosvida.co@chubb.com  Formato de Reclamación de Siniestro.  Envía los siguientes documentos en formato PDF al correo: siniestrosvida.co@chubb.com  Formato que la lenar:  • Formato de Reclamación de Siniestros (este documento).  Documentos de Reclamación de Siniestros (este documento).  Pormato par lenar:  • Formato par lenar:  • Formato par lenar:			
□ 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.  □ 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.			
□ 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.  □ 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.	4 -ACEDTAS LO SICUIENTE?	JUSTO L Terminacto de llener el	
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.			
□ 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.	autorizando de antemano a cualquier médico o clínica a suministrar a Chubb Seguros Colombia S.A. cualquier información que estime		
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.			
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.	Seguros Colombia S.A. los utilice para los fines exclusivamente		
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.	conocimiento de que el tratamiento que realiza la aseguradora sobre		
<ul> <li>nttps://www.cnubb.com/co-es/sobre-nosotros/proteccion-de-datos-per sonales.html</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul>	de Chubb Seguros Colombia S.A., la cual tengo a mi disposición en la página web.		
□ Declaro que la tuente 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.			
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.	actividad económica. Ni yo, ni terceros con mi consentimiento o el de mi	En caso de ser necesario, pueden ser requeridos otros documentos.	
documento en caso de la existencia de alguna controversia legal y tendrá plena validez jurídica.	☐ Este formulario se suscribe mediante firma digital, la cual reconozco.		
Fecha de hoy (DD MM AAAA). Firma.	documento en caso de la existencia de alguna controversia legal y tendrá		
	Fecha de hoy (DD MM AAAA). Firma.		