ABA | Documentación de Siniestro
de Chubb Seguros México, S.A.

Formato de Reclamación de Siniestro

Fecha de Reclamo		
DD	MM	AAAA

Favor de llenar este formato con letra de molde ☐ Asegurado ☐ Beneficiario

Datos del Asegurado

Nombre del Asegurado Titular		Número de Póliza
Nombre del Asegurado Afectado y/o Beneficiario	Ocupación	
Dirección (Calle y Número)	Colonia	
Ciudad	Delegación o Municipio	C.P.
Teléfono Particular	Teléfono Celular	E-mail

Cobertura Reclamada

☐ Reembolso de Gastos Medicos

Detalles del Siniestro

Fecha: Día_____Mes_____Año _____

Describa brevemente cómo ocurrió el siniestro:

Nombre y Firma del Asegurado o Beneficiario del Contratante

Cotejo de Documentos

Persona que cotejó los documentos ☐ Ejecutivo ☐ Agente ☐ TPA

En este acto manifiesto que los documentos proporcionados en copia simple que tuve a la vista fueron cotejados contra sus originales, coincidiendo en todas sus partes, además cumplen satisfactoriamente con los requisitos de identificación del Cliente.

Nombre completo y firma

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 términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro acepto que la Compañía tendrá derecho de 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 de la misma, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada. En caso de ser procedente el presente reclamo, es mi deseo que el importe correspondiente sea depositado en la cuenta bancaria antes señalada; por lo que habiendo cumplido Chubb Seguros México, S.A. con la obligación perteneciente al presente reclamo, extiendo el finiquito amplio y absoluto que en derecho exista, sin reserva de acción o derecho alguno.

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección www.chubb.com/mx

Documentacion requerida para la atencion de su reclamo

Reembolso de Gastos Medicos

- Formato de “Aviso de Accidente o enfermedad” (adjunto) con todos los datos del afectado, es importante verificar que las preguntas de la solicitud sean contestadas con claridad, precisión y evitando omitir datos.
- Solicitar al Médico tratante que llene el “Informe Médico” (adjunto), anotando todos los datos solicitados e indispensables, (de ser necesario se solicitará un informe médico por cada médico tratante).
- Entregar las facturas Originales de los gastos médicos realizados (si el afectado es menor de edad deberá emitirse a favor del padre o tutor con RFC) tomando en cuenta lo siguiente: En caso de presentar factura del hospital se deberá anexar el estado de cuenta completo. En facturas de farmacias se deberán indicar los medicamentos y estar acompañados de la receta médica. En caso de laboratorios, radiografías, tomografías, resonancia magnética, etc., se deberán entregar los resultados de los estudios y la interpretación de los mismos. En caso de facturas de rehabilitación deberá presentar el informe médico de rehabilitación y carnet de asistencia firmado y con fechas de atención.
- Copia de identificación oficial vigente del asegurado afectado (en caso de ser mayor de edad) y del beneficiario.
- Comprobante de domicilio (agua, luz, teléfono, predial, no mayor a 3 meses de antigüedad).
- Formato conoce a tu cliente llenado por el beneficiario (adjunto).
- Formato de transferencia llenado y firmado por el beneficiario (adjunto), copia simple del estado de cuenta no mayor a tres meses (la cuenta no puede ser de crédito).
- Copia de Credencial de afiliación al seguro del titular y en su caso de los dependientes.

La información enviada no es limitativa, siendo que del departamento de análisis de la misma le solicite documentación adicional.

Una vez que se cuente con la información antes detallada, es necesario que nos la haga llegar a:

Dirección electrónica:
Documentacion.siniestrosAH@chubb.com

Algunos documentos son obligatorios en físico y original por favor enviar a:

Dirección física:
Av. Paseo de los Leones 2341,
Col. Cumbres 2do. Sector, C.P. 64610 entre de la cima y de la Montaña,
Monterrey, Nuevo León.

La información requerida es indispensable para iniciar el trámite de reclamación no se dará inicio a la misma hasta no contar con la documentación soporte completa.

La resolución de su reclamación se hará dentro de los siguientes 10 días hábiles que se recibe la documentación. FAVOR DE COMUNICARSE AL 01 800 087 45 98 AL TÉRMINO DE ESTOS DÍAS PARA INFORMARLE ACERCA DE LA RESOLUCIÓN DE SU TRÁMITE.

NOTA: No se aceptarán trámites que no reúnan toda la documentación antes señalada.

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección www.chubb.com/mx

ABA Documentación de Siniestro
de Chubb Seguros México, S.A.

Aviso de Accidente y/o Enfermedad

Nombre de la Empresa Contratante	No. de Póliza
Nombre del Asegurado Titular	R.F.C.
Domicilio	Teléfono Particular
E-mail	

Datos del Asegurado Afectado

Nombre del Asegurado Afectado		
Edad	Sexo ☐ F ☐ M	Ocupación
Parentesco con el Asegurado Titular		
Indique el motivo de su reclamación		
Si su reclamación es por accidente detalle ¿cómo y cuándo ocurrió?		

Fecha exacta en la cual aparecieron los signos y síntomas de su padecimiento	Día	Mes	Año
Fecha exacta en la cual estableció el diagnóstico definitivo	Día	Mes	Año
¿Ha presentado gastos por este padecimiento en esta u otra compañía?	☐ Sí ☐ No		
En caso afirmativo señale el nombre de la compañía y el número de siniestro			

Nombre del (os) Médicos

1.
2.
3.

Autorizo al Hospital ya los Médicos que me atiendan a proporcionar toda la información que le sea solicitada por Chubb Seguros México, S.A., con relación a la presente reclamación, siendo suficiente copia fotostática de este documento ya que es tan válida como la original.

Nombre y Firma Asegurado Titular

Nombre y Firma Asegurado Afectado

Lugar y Fecha _____

Nota importante: Usted debe requisitar correcta y totalmente este documento, así como anexar copias de los documentos que le sean solicitados, los estudios que le fueron practicados en interpretación de los mismos (principalmente en padecimientos de nariz, fracturas y cirugías abdominales). En caso contrario, detendremos su trámite hasta que la documentación se encuentre completa. Recuerde, si usted es persona física, no olvide contar con copias de los documentos, ya que éstos son necesarios para su declaración anual, ya que por disposición fiscal, nosotros requerimos de la documentación original.

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección www.chubb.com/mx

ABA Documentación de Siniestro
de Chubb Seguros México, S.A.

Informe Médico

Ficha de Identificación

Apellidos del Paciente	Nombre(s) del Paciente	Edad	Sexo ☐ F ☐ M

Causas de Atención ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente	Referido por otro Médico ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?

Ocupación

Historia Clínica (importante especificar el tiempo de evolución)

Antecedentes Personales Patológicos	Antecedentes Personales No Patológicos

Antecedentes Gineco-Obstétricos	Antecedentes Perinatales

Padecimiento Actual

Signos y síntomas En caso de accidente referir como, cuando y donde sucedieron los hechos.	Fecha de Inicio Día Mes Año

Código CIE 10	Diagnóstico	Fecha de Inicio Día Mes Año

Tipo de Padecimiento
☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico

¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?
☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cúal?

Estudios de laboratorio y gabinete practicados

Tratamiento

Código CTP-4	Tratamiento	Fecha de Inicio Día Mes Año

Complicaciones

ABA | Documentación de Siniestro
de Chubb Seguros México, S.A.

Incapacidad

Tipo de Incapacidad	Fecha de Inicio	Fecha de Término
☐ Temporal ☐ Permanente	Día Mes Año	Día Mes Año

Fecha de Inicio de Terapias de Rehabilitación
Día Mes Año

Hospitalización

Nombre del Hospital	Fecha y Hora de Ingreso	Hora Minutos
	Día Mes Año	:
	Fecha y Hora de Ingreso Día Mes Año	Hora Minutos :

Datos Generales del Médico Tratante

Apellido Paterno, Materno y Nombre

Especialidad	R.F.C
Cédula Profesional	Teléfono
Celular	E-mail

Nota: Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma, fue tomada directamente tanto del paciente asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

1. ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE.
2. FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
3. ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS O ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

Firma del Médico Tratante

Lugar y Fecha

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección www.chubb.com/mx

ABA Documentación de Siniestro
de Chubb Seguros México, S.A.

Conoce a tu Cliente

Fecha		
Día	Mes	Año

Datos del Asegurado o Contratante

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s):

☐ * FMT (Turista) ☐ FMN (Negocios) ☐ Inmigrado ☐ FM2 ☐ FM3 N° de Pasaporte _____

Domicilio en Territorio Nacional

Calle	No. Ext.	No. Interior
Colonia		C.P.
Delegación o Municipio		
Entidad Federativa		
*Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	
Actividad	Correo Electrónico	
Teléfono(s)	RFC	

*Domicilio en el País de Origen en Caso de Estancia Temporal en el País

Calle	No. Ext.	No. Interior
Colonia		C.P.
Delegación o Municipio	Entidad Federativa	

Datos de los Beneficiarios

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s):

Domicilio en Territorio Nacional

Calle	No. Ext.	No. Interior
Colonia		C.P.
Delegación o Municipio		
Entidad Federativa		
Actividad	Fecha de Nacimiento	

¿El Beneficiario es una persona políticamente expuesta? (**)
☐ Sí ☐ No Definir cargo _____

Documentos Anexos

Del Asegurado o Contratante

*Pasaporte y/o documento que acredite su legal estancia en el país	☐ Sí ☐ No	¿Cuál?

ABA | Documentación de Siniestro
de Chubb Seguros México, S.A.

Del Beneficiario		
Identificación Oficial	☐ Sí ☐ No	¿Cuál?
CURP y/o RFC	☐ Sí ☐ No	¿Cuál?
Cédula de Identificación Fiscal	☐ Sí ☐ No	¿Cuál?
Comprobante de Domicilio	☐ Sí ☐ No	¿Cuál?

Manifiesto que la información contenida en este documento es verídica y autorizo a que pueda ser corroborada cuando la Institución lo considere necesario.

Nombre y Firma

Asegurado o Contratante

Nombre y Firma

Elaboró

Nota: Las copias de estos documentos deberán ser cotejadas con su original por el agente.

* Información que deberá ser llenado por extranjeros o inmigrantes
** Políticamente expuesto: Aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o territorio nacional, considerando, entre otros los jefes de estado, gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales
*** En caso de ser extranjero se requiere integrar los mismos documentos que un Asegurado, Contratante o Beneficiario (Identificación oficial y comprobante de domicilio).

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección www.chubb.com/mx

ABA | Documentación de Siniestro
de Chubb Seguros México, S.A.

Formato Único de Datos Indispensables para Transferencias Bancarias

Nombre Completo del Beneficiario

Nombre del Asegurado Titular

R.F.C.	No. Clave (Agentes y Brockers)

Domicilio Completo del Beneficiario

Dirección (Calle y Número)		Colonia
Delegación	Ciudad	Estado
C.P.	Teléfono	E-mail

Banco del Beneficiario

Moneda Pesos Dólares	Nombre y Número de Banco
Tipo y Número de cuenta ☐ ☐	Número CLABE
En caso de transferencia en Dólares en EU	Número ABA
En caso de transferencia en Dólares en Europa	Número SWIFT
En caso de transferencia a Centroamérica y América del Sur	Banco intermediario

Nombre y Firma del Responsable de Proporcionar la Información

Nombre

Firma

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección www.chubb.com/mx

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios (Accidentes y Enfermedades)

Antes y durante la contratación del seguro, nuestros asegurados tienen los siguientes derechos:

1. A solicitar a los agentes, empleados o apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas así como las formas de terminación del Contrato de seguro.

Durante nuestra atención en el siniestro el asegurado tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del Contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la compañía.
3. A comunicarse a la compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

1. Identificarse verbalmente como ajustador de la compañía.
2. Preguntar el bien asegurado.
3. Explicar de manera general al asegurado el procedimiento que realizará durante la atención del siniestro.
4. Como representante de la compañía asesorar al asegurado sobre el procedimiento subsecuente al siniestro.
5. Recabar la declaración de cómo sucedió el siniestro y demás información administrativa para que la compañía pueda soportar la procedencia del mismo.
6. Entregar un aviso de privacidad en la información en caso de recabar datos personales.
7. Entregar a la compañía el expediente con la información recabada del siniestro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de mayo de 2015, con el número RESP-S0039-0472-2015.

Datos de Contacto

En caso de controversia, el asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico: uneseguros@chubb.com

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección www.chubb.com/mx