



## Formato de Reclamación de Siniestro

**Favor de llenar este formato con letra de molde**

Asegurado

Beneficiario

Fecha de Reclamo		
DD	MM	AAAA

### Datos del Asegurado

Nombre del Asegurado Titular

Número de Póliza

Nombre del Asegurado Afectado y/o Beneficiario

Dirección (Calle y Número)

Colonia

Ciudad

Delegación o Municipio

C.P.

Teléfono Particular

Teléfono Celular

E-mail

Ocupación

### Cobertura Reclamada

Muerte Accidental

Incapacidad total y permanente por enfermedad cubierta

Indemnización por diagnóstico de Graves enfermedades

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Indemnización por pérdidas orgánicas

### Detalle del Siniestro

Fecha de Siniestro	DD	MM	AAAA
Describa brevemente como ocurrió el siniestro:			

Nombre y Firma del Asegurado o Beneficiario del Contratante

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 del mismo, 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 Capital Reforma Torre Niza Av. Paseo de la Reforma 250 Piso 15 Col. Juárez Deleg. Cuauhtemoc C.P. 06600 en Ciudad de México., hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales y/o financieros recabados, que se recaben o que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que llegue a celebrarse, serán utilizados para la adecuada prestación de nuestros servicios contratados por usted 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 Completo en la siguiente dirección <https://www.chubb.com/mx>

## Documentación Requerida Para la Atención de su Reclamo

### Documentos indispensables para iniciar la reclamación

- \* Formato de reclamación debidamente llenado y firmado (Formato anexo)
- \* Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado y beneficiario según sea el caso (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar)
- \* Copia del comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses (agua, luz, predial o teléfono)
- \* Formato de transferencia (original) y *estado de cuenta (copia)* a nombre del beneficiario con antigüedad no mayor a 3 meses (de no presentar esta documentación los montos mayores a \$10,000 MN se pagarán mediante cheque en caja)

**\*\*\* Los siguientes requisitos deberán presentarse de acuerdo a la cobertura reclamada\*\*\***

### Incapacidad total y permanente por enfermedad cubierta

- \* Aviso de Accidente o Enfermedad (Formato anexo)
- \* Historia Clínica completa, expedida por su médico tratante; en la cual se mencionen los antecedentes personales patológicos con fecha de inicio, nombre, firma y cédula profesional del médico que la labore (copia)
- \* Dictamen de Invalidez OFICIAL expedido por la institución de salud que brinda la atención, en caso de no pertenecer a ninguna institución pública, presentar informe médico elaborado por el Médico del Trabajo (original)
- \* Copia de la interpretación médica de los estudios practicados, que den soporte al diagnóstico establecido en la información médica entregada
- \* Copia de la documentación que compruebe el accidente (Parte de la Aseguradora de su automóvil, Acta del Ministerio Público, Actuaciones Ministeriales, Parte de lesiones del médico Perito, Examen Toxicológico) (En caso de existir)

### **Indemnización por muerte accidental**

- \* Acta de defunción del Asegurado afectado (original o copia certificada)
- \* Copia simple del Acta de nacimiento del Asegurado y del Beneficiario
- \* Copia simple del Acta de matrimonio (si el beneficiario es el cónyuge)
- \* Si el beneficiario es el cónyuge adicionalmente presentar copia simple del acta de matrimonio. Si se trata del concubinario presentar Constancia de concubinato ante un Juez de lo Familiar.
- \* Copia simple de la identificación oficial vigente con fotografía y firma de cada uno de los Beneficiarios. (Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y Cartilla de Servicio Militar).
- \* Actuaciones del Ministerio Público completas en copia certificada
- \* Certificado / Consentimiento en original con designación de beneficiarios firmado por el asegurado. (En caso de no existir designación de beneficiarios presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea).

### **Indemnización por diagnóstico de enfermedades graves**

- \* Copia del Informe Médico (Formato Anexo) que contenga ficha de identificación, antecedentes, padecimiento actual, tratamiento, periodo de incapacidad, periodo de hospitalización, datos generales del médico tratante
- \* Aviso de Accidente o Enfermedad (Formato anexo)
- \* En caso de diagnóstico de cáncer, estudio histopatológico en original (con nombre, firma autógrafa y cedula profesional del médico patólogo que lo elabora)
- \* Copia de los resultados o interpretación de los estudios realizados.

### **Reembolso de gastos médicos por accidente**

- \* Aviso de accidente o enfermedad (Formato anexo)
- \* Copia del Informe Médico (Formato Anexo) que contenga ficha de identificación, antecedentes, padecimiento actual, tratamiento, periodo de incapacidad, periodo de hospitalización, datos generales del médico tratante
- \* Comprobante de los gastos erogados:  
Facturas de hospital en original desglosada  
Facturas de estudios de laboratorio y/o gabinete en originales, incluyendo los resultados de los mismos.  
Facturas por honorarios médicos en originales, en los cuales especifique el concepto de cobro.
- \* Facturas por medicamentos incluyendo copia de la receta médica (originales)

### **Indemnización por pérdidas orgánicas a causa de una enfermedad cubierta**

- \* Certificado / Consentimiento en copia simple firmado por el asegurado.
- \* Historia clínica completa, amplia y detallada que indique: Antecedentes personales, Antecedentes patológicos, Evolución de padecimiento, Estado actual.

\* Resumen clínico con fechas exactas del diagnóstico.

Chubb Seguros México S.A. con domicilio en Capital Reforma Torre Niza Av. Paseo de la Reforma 250 Piso 15 Col. Juárez Deleg. Cuauhtemoc C.P. 06600 en México D.F., hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales y/o financieros recabados, que se recaben o que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que llegue a celebrarse, serán utilizados para la adecuada prestación de nuestros servicios contratados por usted 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 Completo en la siguiente dirección <http://www.chubb.com/mx>

---

## Documentación Requerida para la Atención de su Reclamo

**Importante: La información enviada no es limitativa, siendo posible que del departamento de análisis de ésta compañía le solicite documentación adicional.**

**\*\*\*Para reporte de siniestros y seguimiento de la reclamacion comunicarse al 01 800-020 40 50\*\*\***

Chubb Seguros México S.A. con domicilio en Capital Reforma Torre Niza Av. Paseo de la Reforma 250 Piso 15 Col. Juárez Deleg. Cuauhtemoc C.P. 06600 en México D.F., hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales y/o financieros recabados, que se recaben o que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que llegue a celebrarse, serán utilizados para la adecuada prestación de nuestros servicios contratados por usted 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 Completo en la siguiente dirección <http://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 como 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-So039-0472-2015.

### 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](mailto:uneseguros@chubb.com)