

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 _____

Describe 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.

Documentación requerida para la atención de su reclamo

Reembolso de Gastos Medicos

- 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.
- Pase de atención firmado y sellado por el Colegio.
- 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).

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.
