

Ficha de Identificación									
Apellidos del Paciente			Nombre(s) del Paciente			Edad		Sexo F M	
Ocupación			Causas de Atención Embarazo Enfermedad Accidente			Referido por otro Médico Sí No ¿Cuál?			
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 cómo, cuándo y dónde sucedieron los hechos.						Fecha de Inicio síntomas Día Mes Año			
Código CIE 10			Diagnóstico			Fecha de Diagnóstico Día Mes Año			
Tipo de Padecimiento Congénito Adquirido Agudo Crónico									
¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente? Sí No ¿Cuál?									
Estudios de laboratorio y gabinete practicados									
Tratamiento									
Código CTP-4		Tratamiento					Fecha de inicio Día Mes Año		
Complicaciones									
Incapacidad									
Tipo de Incapacidad Temporal Permanente		Fecha de Inicio Día Mes Año		Fecha de Término Día Mes Año		Fecha de Inicio de Terapias de Rehabilitación Día Mes Año			
Hospitalización									
Nombre del Hospital			Fecha y Hora de Ingreso Día Mes Año Hora Minutos :			Fecha y Hora de Egreso Día Mes Año Hora Minutos :			
Datos Generales del Médico Tratante									
Apellido Paterno, Materno y Nombre									
Especialidad						R.F.C			
Código 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 DEMOLDE.
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

FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO

¿Necesitas usar tu seguro de accidentes personales?

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:

<https://link.chubb.com/FS/S/enlinea>



Al llenar este formulario

Hazlo con los datos de la(s) persona(s) cubierta(s) en la póliza. Todos los campos son requeridos.

Necesitarás:

- Número de póliza
- Información de cuenta bancaria



¿Necesitas ayuda?

Contamos con un equipo listo para apoyarte en nuestra línea de atención a clientes:

81 8121 4244

Del lunes a viernes de 9:00am a 9:00pm
Y sábados de 9:00am a 2:00pm

1. ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE TUVO EL ACCIDENTE?

Por favor, escribe el nombre completo tal y como aparece en la póliza.

Número de póliza. Si no lo encuentras y tu póliza fue contratada por una empresa o escuela, escribe su nombre o llámanos al 818 121 4244.

Ocupación.

2. ¿CÓMO PODEMOS CONTACTARTE?

Por favor compártenos tus datos de contacto para que podamos mantenerte informado sobre el estatus de tu solicitud.

Teléfono.

Correo electrónico.

3. CUÉNTANOS DEL ACCIDENTE

¿Cuándo fue el accidente?

Por favor, escribe la fecha completa (DD|MM|AAAA).

--	--	--	--	--	--	--	--

¿Dónde y cómo fue el accidente? Describe lo que sucedió.



Nuestra misión es hacer que este proceso sea lo más ligero para ti, por lo que la siguiente información nos ayudará a atender tu solicitud de forma rápida y eficaz. **Detállalo en tus palabras. Recuerda que estamos contigo en cada paso.**

4.¿HAS REPORTADO ESTE ACCIDENTE ANTES (EN CHUBB O EN OTRA ASEGURADORA)?

En esta sección responde si has presentado en Chubb o en otra aseguradora algún trámite (sinistro) ligado a este mismo accidente.

☐ No

☐ Sí

Nombre de la aseguradora.

Número de siniestro.

5.¿A QUIÉN VAMOS A PAGAR?



Los datos que llenes en esta sección deberán corresponder a la persona cubierta en la póliza o a quién realizó el pago de los gastos del accidente.

Nombre completo.

Nombre del banco donde se realizará el depósito.

Cuenta CLABE donde se realizará el depósito (débito o cheques).

Si eliges que el pago sea en moneda extranjera debes completar los siguientes datos para cuentas internacionales:

Cuenta.

Banco.

Moneda (Dólar, euro, etc.).

ABA (Solo Estados Unidos) / SWIFT.

Banco intermediario (En caso de aplicar).

6.¿ACEPTAS LO SIGUIENTE?

- ☐ Acepto la declaración anterior por la reclamación de la cobertura correspondiente.
- ☐ Autorizo y acepto que mis datos personales sean tratados por Chubb Seguros México, S.A., conforme a lo señalado en el Aviso de Privacidad, el cual está disponible en: <https://aba.chubb.com/FS/S/Privacidad>
- ☐ Declaro que no actúo ni opero con recursos provenientes de actividades ilícitas. Ni yo, ni terceros con mi consentimiento o el de mi representado, realizaremos transacción alguna para desarrollar o favorecer alguna actividad ilícita.
- ☐ Autorizo al hospital y a 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. En caso de no ser el beneficiario, reconozco tener facultad y/o el consentimiento del titular para que Chubb Seguros México, S.A., trate estos datos personales.
- ☐ Suscribo este documento mediante firma digital, misma que reconozco. Acepto que dicho documento pudiera ser requerido presentarlo en físico en caso de alguna controversia legal.

Fecha de hoy (DD|MM|AAAA).

Firma.

¡LISTO! Terminaste de llenar el Formato de Reclamación de Siniestro.

Envía los siguientes documentos a documentacion.siniestrosah@chubb.com

- Formato para llenar
- FormatodeReclamación de Siniestro (este documento).

- Documentos médicos y facturas de gastos
- Formato de informe médico llenado por el médico (PDF adjunto al correo del reporte).
- Facturas de gastos médicos (PDF's y XML's).
- Pase médico (cuando es proporcionado por tu escuela o empresa).
- Estudios realizados (en caso de haberse realizado).
- Documentos de la persona a quien pagaremos en caso de proceder:
- Identificación oficial (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con

- antigüedad no mayor a 3 meses.
- Persona moral
- Identificación oficial del apoderado legal (INE por ambos lados o pasaporte).
- Estado de cuenta bancario mostrando cuenta CLABE de débito o cheques con antigüedad no mayor a 3 meses.
- Acta constitutiva.
- Poder de pleitos y cobranzas.
- En caso de ser un proveedor hospitalario: Pase de atención médico del paciente.

En caso de ser necesario, pueden ser requeridos otros documentos.

Chubb Seguros México, S.A. con domicilio en A. Paseo de la Reforma 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 7, Colonia Juárez, Alcaldía 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 la 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 pueda valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección www.Chubb.com/mx.

Área exclusiva para intermediarios.

☐ Agente

☐ Ejecutivo

☐ TPA

☐ Escuela

☐ PYME/Empresa

Nombre: Firma:

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

- 1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la
- 2. A
- 3. A
- 4. A

Durante nuestra atención en el siniestro, el Asegurado tiene los siguientes derechos:

- 1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en
pago de la misma.
- 2. A representante de la Compañía.
- 3. A
- 4. A siniestro.
- 5. A
- 6. A

Principales políticas y procedimientos que deberán observar los ajustadores:

- 1. Compañía.
- 2.
- 3. siniestro.
- 4. Como representante de la Compañía, asesorar al siniestro.
- 5.
- 6. personales. datos
- 7. Entregar a la Compañía el expediente con la

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