

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

Fallecimiento Muerte Accidental

Detalles del Siniestro

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Describa brevemente cómo ocurrió el siniestro:

Nombre y Firma del Asegurado y/o Beneficiario

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, auditoría 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

Documentos Indispensables para iniciar reclamación:

- **Formato de reclamación.** (Este deberá ser requisitado y firmado según corresponda por cada Beneficiario (s) con letra de molde, mismo que deberá indicar la narrativa de cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente)
- **Certificado / Consentimiento en original con designación de beneficiarios y firmado por el asegurado.** (En caso de no existir designación de beneficiarios presentar Juicio Sucesorio con cargo y aceptación de albacea)
- **Acta de defunción del asegurado.** (En original o copia certificada)
- **Acta de nacimiento del asegurado, así como de cada beneficiario (s).** (Copia simple)
- **Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado, así como de cada beneficiario (s).** (Copia simple: Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y/o Cartilla de Servicio Militar, debe contener la dirección actual, en caso contrario deberá enviar copia del comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses.)
- **Acta de matrimonio.** (Copia simple, si el beneficiario es el cónyuge; en caso de concubinato, constancia de concubinato expedida por un Juez de lo Familiar).
- **Cédula de autorización como agente de seguros o de fianzas vigente.** (Copia simple)
- **Comprobante de domicilio del asegurado y de cada beneficiario (s).** (Agua, luz, predial o teléfono con antigüedad no mayor a 3 meses).
- **Formato de transferencia bancaria.** (Este deberá ser requisitado y firmado por cada Beneficiario (s) con letra de molde, información que deberá de coincidir con el estado de cuenta bancario).
- **Estado de cuenta bancario.** (Copia simple, en el que se observe nombre del titular de la cuenta, institución financiera, número de cuenta y CLABE interbancaria con antigüedad no mayor a 3 meses de cada Beneficiario (s)).
- **Formato Conoce a tu Cliente.** (Este deberá ser requisitado y firmado por cada beneficiario (s) con letra de molde).
- **Actuaciones del Ministerio Público completas.** (Copia simple, solo en caso de Muerte Accidental)

LA INFORMACIÓN ENVIADA NO ES LIMITATIVA, SIENDO POSIBLE QUE EL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE ESTA COMPAÑÍA 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.

FAVOR DE COMUNICARSE AL 800 087 45 98 PARA INFORMARLE ACERCA DE LA RESOLUCIÓN DE SU TRÁMITE AL TERMINO DE 10 DÍAS HÁBILES.

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

Formato Único de Datos Indispensables para Transferencias Bancarias

Nombre Completo del Beneficiario

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

Nombre y Número de Banco

Tipo y Número de cuenta

Número CLABE

Nombre y Firma del Responsable de Proporcionar la Información

Nombre

Firma