

Formato de Reclamación de Siniestro

Fecha			/			/				
-------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

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

Datos del Asegurado											
Nombre del Asegurado Titular						No. de Póliza					
Nombre del Asegurado Afectado y/o Beneficiario						Ocupación					
Dirección (Calle y Número)						Colonia					
Ciudad			Alcaldía o Municipio						C.P.		
RFC			CURP			Nacionalidad			FIEL		
Teléfono Particular			Teléfono Celular								
E-mail											

Cobertura Reclamada
<input type="checkbox"/> Reembolso de Gastos Médicos

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 <input type="checkbox"/> Ejecutivo <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> 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 _____

Declarativa del cliente

Declaro que no actúo ni opero con recursos provenientes de actividades ilícitas y que ni yo mismo, ni terceros con mi consentimiento ni el de mi representado, realizaremos transacción alguna para desarrollar ni favorecer alguna actividad ilícita.

Por medio de la presente, manifiesto que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, mismos que pueden ser comprobados cuando la institución lo considere necesario. Igualmente, ratifico que las operaciones que realice con la compañía serán en todo momento con dinero producto del desarrollo normal de mis actividades y que no provienen de la realización de actividades ilícitas.

Nombre completo y firma _____

Documentación requerida para la Atención de su Reclamo

Reembolso de Gastos Médicos

- 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 posible que del 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:

chubb-siniestros.mx@chubb.com

Para reporte inicial de siniestro a través del portal digital, siga los siguientes pasos: Ingrese a la siguiente liga (de preferencia utilizar Google Chrome): <https://www.chubb.com/mx-es/>

1. Seleccione la opción Reporta un incidente
2. Seleccione la opción Reporta un incidente de salud o vida
3. Seleccione el tipo de siniestro que se adecúa a la solicitud y continúe con los pasos indicados en el portal

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 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.

Documentación de Siniestro Pase de Atención Médica

Fecha

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Póliza	Hora	:	Vigencia	Deducible
--------	------	---	----------	-----------

Hospital / Clínica	Tel.
--------------------	------

Nombre del Contratante	Tel.
------------------------	------

Nombre del Lesionado	Fecha de nacimiento	/	/		
----------------------	---------------------	---	---	--	--

Correo electrónico del Acompañante	Tel.
------------------------------------	------

Descripción del Siniestro

Lesiones

Nombre, Firma y Sello de la Persona que Autoriza

Firma y Sello de Recepción Hospital

Importante: La entrega del pase al lesionado es responsabilidad de cada contratante quien se responsabilizará de cualquier mal uso que se pueda hacer. La validez es únicamente por 48 hrs. a la fecha de ocurrido posteriores a la fecha del evento que da origen a la cobertura. Deberá llenarse en su totalidad con letra molde a una sola tinta, indispensable contar con nombre, firma y sello de quien autoriza. El documento pierde validez en caso de presentar tachaduras o enmendaduras. Para cualquier atención o asunto relacionado con algún siniestro de pago directo deberá comunicarse al 800 0087 267 el cual opera las 24 hrs. del día los 365 días del año. sss*** Este número también opera para atenciones subsecuentes amparadas inicialmente por Chubb Seguros México, S.A.***

Informe Médico

Ficha de Identificación

Apellidos del Paciente		Nombre(s) del Paciente				Edad		Sexo	
								M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Causas de Atención Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>									
Referido por otro Médico		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿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 cómo, cuándo y dónde sucedieron los hechos.						Fecha de inicio						
						/ /						
Código CIE 10				Diagnóstico				Fecha de inicio				
								/ /				
Tipo de Padecimiento Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/>												
¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?						Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?				
Estudios de laboratorio y gabinete practicados												

Tratamiento

Código CPT-4				Tratamiento				Fecha de inicio			
								/ /			
Complicaciones											

Incapacidad

Tipo de incapacidad	Fecha de inicio						Fecha de término								
Temporal <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/>			/			/			/			/			
Fecha de inicio de terapias de rehabilitación			/			/			/			/			

Hospitalización

Nombre del hospital	Fecha de ingreso						Hora de ingreso				
			/			/			:		
	Fecha de egreso						Hora de egreso				
			/			/			:		

Datos generales del médico tratante

Apellido Paterno, Materno y Nombre													
Especialidad						R.F.C.							
Cédula profesional						Teléfono							
E-mail						Celular							

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

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 por el bienestar del 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-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