



VIDA • SALUD • INGRESOS • BIENES • VIAJES

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN AMEX HOSPITAL CASH

Estimado Cliente:

Es importante llenar y firmar los formatos anexos de ACE Seguros y adjuntar la documentación complementaria que respalde su solicitud.

1. INFORME MÉDICO que indique antecedentes personales patológicos, evolución del padecimiento, tratamiento y diagnóstico definitivo, firmado por su médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cédula profesional, teléfono y dirección) INDISPENSABLE (*)	()
2. FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD (Este deberá ser requisitado por el asegurado con letra de molde, mismo que deberá indicar por parte del asegurado la narrativa de cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente o lo que produjo la hospitalización con fechas de inicio de signos y síntomas)	()
3. CONSTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN , que indique hora y fecha exacta del ingreso y egreso hospitalario. (Este documento deberá ser expedido por el área administrativa de la Institución Médica)	()
4. INTERPRETACIÓN MÉDICA Y RESULTADO DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (documento entregado por los médicos que realizan los estudios donde indican el diagnóstico).	()
5. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE (ambos lados, visible y vigente) , la cual puede ser: Credencial del INE, pasaporte (vigente) o cédula profesional.	()
6. COMPROBANTE DE DOMICILIO (agua, luz y teléfono fijo) con antigüedad no mayor a 3 meses	()
7. FORMATO DE TRANSFERENCIA (ANEXO) debidamente llenado y copia de estado de cuenta con antigüedad no mayor a 3 meses.	()
8. FORMATO CONOCE A TU CLIENTE (ANEXO) debidamente llenado y firmado por el asegurado afectado.	()
9. EN CASO DE ACCIDENTE, ES NECESARIO PRESENTAR ACTUACIONES MINISTERIALES E INFORME DE LAS PARTES QUE INTERVINIERON EN EL EVENTO.	()

(*) En caso de accidente que indique mecanismo de lesión, condiciones clínicas al ingreso a la unidad en que recibió la atención, diagnóstico y tratamiento, firmada por el médico tratante y con los datos generales del mismo (nombre, cedula profesional, teléfono y dirección).

NOTA: La información enviada no es limitativa, siendo posible que el departamento de análisis le solicite documentación adicional. Es importante mencionar que los documentos enlistados son indispensables para el trámite de reclamación, no se dará inicio a la misma hasta contar con la documentación completa.

Una vez que cuente con la documentación antes mencionada, es necesario nos la haga llegar a:

Bosques de Radiatas No. 26 2do Piso, Col. Bosques de las Lomas, Delegación Cuajimalpa C.P. 05120 México D.F. en horario de lunes a jueves de 08:00 a 19:00 hrs y viernes de 08:00 a 17:00 hrs., o vía electrónica al correo siniestrosace@marsh.com en formato PDF un solo correo no mayor a 5MG, indicando en el asunto del correo número de siniestro y/o número de póliza, nombre del titular, nombre del producto y cobertura reclamada.

AMERICAN EXPRESS INSURANCE SERVICES
UNIDAD ESPECIALIZADA EN SEGUROS
Cd. De México: 51695999
Del interior: 01 (800) 911 AMEX (2639)
e-mail: siniestrosace@marsh.com
Horario: lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs.

Atentamente
DEPARTAMENTO DE SINIESTROS

ACE SEGUROS S.A., con domicilio en Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, D.F., 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 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.acegroup.com/mx



AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Nombre de la Empresa Contratante _____ No. de Póliza: _____
Nombre del Asegurado Titular _____ RFC _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
e-mail: _____

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre del Asegurado Afectado: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Parentesco con el asegurado titular: _____

¿Ha presentado gastos por este padecimiento en esta u otra compañía? SI () NO (), (en caso afirmativo señale nombre de la compañía y número de siniestro)

Tipo de plan al que afecta su reclamación:

- 1.- Plan Médico Familiar- No. de Póliza: _____
- 2- Protección de Ingresos -No. de Póliza: _____
- 3.- Cáncer- No. de Póliza: _____
- 4.- Indemnización por hospitalización- No. de Póliza: _____
- 5.- Enfermedades Graves- No. de Póliza: _____

Esta Reclamación se efectúa por: Accidente:() Enfermedad:() Embarazo: ()

Indique el Diagnostico motivo de su reclamación: _____

Si su reclamación es por accidente detalle ¿Como, Cuando y donde Ocurrió?

Señale sí por su accidente intervino alguna Autoridad Judicial: SI () NO (), (en caso afirmativo anexe las actuaciones del ministerio público)

En caso de enfermedad en Que fecha aparecieron los signos y síntomas o la fecha que le efectuaron su diagnóstico: Día _____ Mes _____ Año _____

Informe si por motivo de su padecimiento, le indicaron internamiento en algún hospital,

SI () NO () En caso afirmativo señale fecha de ingreso y egreso.

I: Día _____ Mes _____ Año _____ E: Día _____ Mes _____ Año _____



AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD (2)

POR FAVOR CONSIGNE LO SIGUIENTE:

Nombre, Dirección, y Teléfono del Hospital en donde se internará:

Fecha y Hora del Ingreso Programado

Hora: _____ Día: _____ Mes: _____ Año 20 _____

~

NOMBRE DEL (OS) MEDICO (OS) TRATANTE (S)

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Autorizó al Hospital y a los Médicos que me atienden a proporcionar toda la información que le sea solicitada por ACE Seguros S.A. Con relación a la presente reclamación, siendo suficiente copia fotostática de este documento ya que es tan válida como la original.

Nombre y Firma del Asegurado Titular

Nombre y Firma del Asegurado Afectado

LUGAR y FECHA

NOTA IMPORTANTE: Usted debe requisitar correcta y totalmente este documento, así como anexar copias de los documentos que le sean solicitados, los estudios que le fueron practicados e interpretación de los mismos (principalmente en padecimientos de nariz, fracturas y cirugías abdominales). En caso contrario, detendremos su trámite hasta que la documentación se encuentre completa.

Recuerde si usted es persona física, no olvide contar con copias de los documentos, ya estos son necesarios para su declaración anual, ya que por disposición fiscal, nosotros requerimos de la documentación original.

ACE SEGUROS S.A., con domicilio en Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, D.F., 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.acegroup.com/mx



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

ACE SEGUROS S.A., con domicilio en Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, D.F., 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.acegroup.com/mx



TRATAMIENTO

Código CPT-4	Tratamiento	Fecha de inicio Día Mes Año		
Complicaciones				

INCAPACIDAD

Tipo de incapacidad <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> 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 :
Dirección	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
<p>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.</p> <p>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.</p>	

Firma del médico tratante

Lugar y Fecha



CONOCE A TU CLIENTE

FECHA: _____

DATOS DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S): _____
* FMT (Turista) FMN (Negocios) Inmigrado FM2 FM3
N° de pasaporte

DOMICILIO EN TERRITORIO NACIONAL

Calle No. Ext. No. Interior
Colonia C.P.
Delegación o Mpio Entidad Federativa
*Nacionalidad Fecha de nacimiento
Actividad Correo electrónico
Teléfono(s)
RFC

* DOMICILIO EN EL PAÍS DE ORIGEN EN CASO DE ESTANCIA TEMPORAL EN EL PAÍS

Calle No. Ext. No. Interior
Colonia C.P.
Delegación o Mpio Entidad Federativa

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S): _____

DOMICILIO EN TERRITORIO NACIONAL

Calle No. Ext. No. Interior
Colonia C.P.
Delegación o Mpio Entidad Federativa
Actividad Fecha de nacimiento

¿El beneficiario es una persona políticamente expuesta? (**)
Si No Definir cargo:

DOCUMENTOS ANEXOS:

DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

*Pasaporte y/o documento que acredite su legal estancia en el país: Si No
¿Cuál?

DEL BENEFICIARIO

Identificación oficial Si No ¿Cuál?
CURP y/o RFC Si No ¿Cuál?
Cédula de identificación fiscal Si No ¿Cuál?
Comprobante de domicilio Si No ¿Cuál?

Manifiesto que la información contenida en este documento es verídica y autorizo a que pueda ser corroborada cuando la institución lo considere necesario

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Asegurado o Contratante

Elaboró

NOTA: Las copias de estos documentos deberán ser cotejadas con su original por el agente

- * Información que deberá ser llenado por extranjeros o inmigrantes
** Políticamente expuesto: Aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o territorio nacional, considerando, entre otros los jefes de estado, gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales
*** En caso de ser extranjero se requiere integrar los mismos documentos que un asegurado, contratante o beneficiario (Identificación oficial y comprobante de domicilio).

ACE SEGUROS S.A., con domicilio en Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, D.F., 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 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.acegroup.com/mx

ACE Seguros S.A.

Formato único de datos
indispensables para
transferencias bancarias

1. Nombre completo del beneficiario

Nombre	
RFC	

2. Domicilio completo del beneficiario

Dirección (calle y número)		Colonia	
Delegación		Ciudad	
Código Postal		Teléfono	
		Estado	
		E-mail	

3. Banco del beneficiario

En caso que el pago sea en dólares a bancos extranjeros deben de agregar la siguiente información: Swift code y la dirección de la cuenta a abonar.

Moneda	Pesos <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>		
Nombre del Banco				
Tipo de cuenta	Cheques <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/>	Débito <input type="checkbox"/>	Otros _____
Número de cuenta				
Número de CLABE Interbancaria				
Swift code / ABA				
Dirección del banco abonar (Aplica únicamente para cuentas bancarias en el extranjero)				

4. Nombre y firma del responsable de proporcionar la información

Nombre

Firma

ACE SEGUROS S.A., con domicilio en Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, D.F., 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 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.acegroup.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 y 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 del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.
- 4 A evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

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 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-S0039-0472-2015.

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: ACEUNE@ACEGROUP.COM

asegurado con



ACE SEGUROS S.A., con domicilio en Ave. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en México, D.F., 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.acegroup.com/mx