



Formato de Reclamación de Siniestro

Fecha de Reclamo		
DD	MM	AAAA

Datos del Asegurado

* Nombre del Asegurado Titular		Número de Póliza
* Dirección Actual (Calle y Número)		Colonia
Ciudad	Delegación o Municipio	
		C.P.
Teléfono Particular	Teléfono Celular	E-mail (Indispensable para la indemnización por Orden de Pago)

Aviso en caso de siniestro

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los cinco (5) días siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

Detalles Del Siniestro

Fecha de Siniestro	DD	MM	AAAA
--------------------	----	----	------

Describe brevemente como ocurrió el siniestro:

Nombre y Firma del Asegurado o Beneficiario del Contratante

Importante: El presente formato debe llenarse y firmarse exclusivamente por el Asegurado
Los Datos marcados con Asterisco * son obligatorios e indispensables para el análisis de su reclamación

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 del mismo, 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 Capital Reforma Torre Niza Av. Paseo de la Reforma 250 Piso 15 Col. Juárez Deleg. Cuauhtemoc C.P. 06600 en Ciudad de México., hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales y/o financieros recabados, que se recaben o que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que llegue a celebrarse, serán utilizados para la adecuada prestación de nuestros servicios contratados por usted 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 Completo en la siguiente dirección <https://www2.chubb.com/mx-es/footer/privacy-notice.aspx>

Derivado del evento antes relatado me permito formalizar mi reclamación por la(s) siguiente(s) cobertura(s) amparada(s) en mi Póliza de Seguro.

Importante: El presente formato debe llenarse y firmarse exclusivamente por el Asegurado

Los Datos marcados con Asterisco * son obligatorios e indispensables para el análisis de su reclamación

Incendio	*Contenidos <input type="checkbox"/>	* Carta de reclamación * Identificación y comprobante de domicilio (con antigüedad no mayor a 3 meses) * Documento expedido por Protección Civil (Bomberos en caso de incendio), que haga constar los daños ocurridos a la vivienda asegurada y la zona donde se ubica * Documentos que acrediten el costo o bienes reclamados * Fotografías que demuestren los daños sufridos
	* Edificio <input type="checkbox"/>	* Carta de reclamación * Identificación y comprobante de domicilio (con antigüedad no mayor a 3 meses) * Documento expedido por Protección Civil (Bomberos en caso de incendio), que haga constar los daños ocurridos a la vivienda asegurada y la zona donde se ubica * Documentos que acrediten el costo de la reparación del inmueble * Fotografías que demuestren los daños sufridos
Resto de los Riesgos	* Contenidos <input type="checkbox"/>	* Carta de reclamación * Identificación y comprobante de domicilio (con antigüedad no mayor a 3 meses) * Dictámenes técnicos de los bienes reclamados * Presupuesto de reparación de los bienes * Presupuesto de reposición de los bienes * Fotografías que demuestren los daños sufridos
	* Edificio <input type="checkbox"/>	* Carta de reclamación * Identificación y comprobante de domicilio (con antigüedad no mayor a 3 meses) * Dictámenes técnicos del inmueble reclamado * Presupuesto de reparación del inmueble * Fotografías que demuestren los daños sufridos
Robo	* Robo con Violencia <input type="checkbox"/>	* Carta de reclamación * Identificación y comprobante de domicilio (con antigüedad no mayor a 3 meses) * Original o copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público (denuncia) * Documentos que acrediten la preexistencia de los bienes robados (Manual y/o cajas y/o control y/o Fotografías).
	* Robo por Asalto <input type="checkbox"/>	* Factura de Compra de los bienes robados o declaración jurada por inexistencia de las facturas * Presupuesto de reposición de los bienes robados * Fotografías del inmueble
Remoción de Escombros	* Contenidos <input type="checkbox"/>	* Carta de reclamación * Identificación y comprobante de domicilio (con antigüedad no mayor a 3 meses) * Actas de autoridades que tomaron conocimiento del siniestro * Documentos que acrediten el costo o bienes reclamados * Fotografías que demuestren los daños sufridos * Cotización por remoción de los contenidos derivado de un siniestro
	* Edificio <input type="checkbox"/>	* Carta de reclamación * Identificación y comprobante de domicilio (con antigüedad no mayor a 3 meses) * Actas de autoridades que tomaron conocimiento del siniestro * Documentos que acrediten el costo de la reparación del inmueble * Fotografías que demuestren los daños sufridos * Cotización por remoción derivado de un siniestro
Gastos Extraordinarios	<input type="checkbox"/>	* Presupuesto para la renta de un inmueble para almacenar o habitar derivado de un siniestro
Responsabilidad Civil Familiar	* Daños Materiales <input type="checkbox"/>	* Carta Reclamación (documento emitido por el Asegurado) * Carta Reclamación del o los afectados (carta emitida por el afectado hacia el asegurado, indicando la cuantía de los daños y una descripción de lo sucedido) * Identificación Oficial del Tercer Afectado y Comprobante de Domicilio * Comprobante de preexistencia de los bienes dañados, tales como: Factura de compra, Nota de compra, Manual y/o cajas y/o control, Fotografías. * Dictamen técnico del daño (mencionando causa y alcance) * Presupuesto de reparación (en caso de tener) * Cotización de un bien nuevo similar al afectado * Carta de desistimiento y/o perdón del Tercero Afectado
	* Lesiones <input type="checkbox"/>	* Carta Reclamación (documento emitido por el Asegurado) * Carta Reclamación del o los afectados (carta emitida por el afectado hacia el asegurado, indicando la cuantía de los daños y una descripción de lo sucedido) * Identificación Oficial del Tercer Afectado y Comprobante de Domicilio
Responsabilidad Civil Domestica	* Lesiones <input type="checkbox"/>	* Informe Médico de Lesiones * Comprobantes de gastos * Carta de desistimiento y/o perdón del Tercero Afectado



Formato Único de Datos Indispensables para Transferencias Bancarias

1. Nombre completo del Beneficiario

Nombre _____
RFC _____
#Clave (Beneficiario) _____
Dirección _____
CURP (Persona Física) _____

2. Datos del Beneficiario

Correo electrónico _____
#Teléfono/Celular _____
#Fax _____

3. Banco del Beneficiario (Moneda Nacional)

Nombre del Banco _____
Tipo y número de cuenta _____
Número CLABE _____

4. Banco del Beneficiario (dólares)

Nombre del Banco _____
Tipo y número de cuenta _____
Número CLABE _____
País _____
Ciudad _____
#ABA _____
SWIFT _____

5. Nombre y firma del responsable de proporcionar la información

Nombre _____

Firma _____

Sello _____

*Favor de anexar copia de estado de cuenta legible

Nota: Favor de llenar una forma por cada cuenta bancaria y/o distinta moneda de pago.



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).