

SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA CHECK UP

Es importante llenar y firmar los formatos anexos de Chubb Seguros México, S.A. y adjuntar la documentación complementaria que respalde su solicitud.

Fecha _____

INFORMACIÓN PERSONAL					
Nombre: _____					
Dirección: _____					
	Calle	No. Ext/Int	Col.	C.P.	Ciudad/Estado
Teléfono: _____ Fax: _____					
Póliza: _____					
Correo Electrónico: _____					
Firma: _____					
Ocupación: _____					

Por el motivo de _____, por un monto de \$ _____ anexo al presente la siguiente documentación.

Firma del Reclamante

DOCUMENTACIÓN A ENTREGAR
1. Solicitud de Reembolso para check up debidamente llenado y firmado por el reclamante.
2. Copia (s) de las facturas electrónicas legibles mismas que deberán contener cadena original.
3. Copia del desglose de estudios realizados expedido por el laboratorio, indicando número de factura al que hace referencia.
4. Copia de la identificación oficial vigente del Asegurado y del Beneficiario con fotografía y firma. (INE, Pasaporte o Cédula Profesional)
5. Copia de comprobante de domicilio: Luz, agua o teléfono (con antigüedad no mayor a 3 meses)
6. Formato conoce a tu cliente (anexo) debidamente llenado y firmado por el reclamante.
7. Formato de transferencia (anexo) debidamente llenado y copia de estado de cuenta con antigüedad no mayor a 3 meses a nombre de la persona que eroga el gasto.

NOTA: La información enviada no es limitativa, siendo posible que el departamento de análisis le solicite documentación adicional. La información requerida es indispensable para iniciar el trámite de reclamación no se dará inicio a la misma hasta contar con la documentación soporte completa.

El pago del beneficio contratado se limitará a un evento, aún y cuando, cada Asegurado cuente con Póliza contratada de forma independiente.

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, Ciudad de México, 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 chubbsiniestros@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: **5169 5999**
Del interior: **01 (800) 911 AMEX (2639)**
e-mail: chubbsiniestros@marsh.com
Horario: lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs.
Atentamente
DEPARTAMENTO DE SINIESTROS

CHUBB®

Chubb Seguros México, S.A. con domicilio en Capital Reforma Torre Niza Av. Paseo de la Reforma 250 Piso 15 Col. Juárez Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06600, 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 www.chubb.com/mx

CONOCE A TU CLIENTE

FECHA		
DD	MM	AAAA

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 Municipio		
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 Municipio		
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 Municipio		
Entidad Federativa		
Actividad	Fecha de nacimiento	

¿El Beneficiario es una persona políticamente expuesta? (**)

Sí No Definir cargo _____

DOCUMENTOS ANEXOS

DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

*Pasaporte y/o documento que acredite su legal estancia en el país

Sí No

¿Cuál?

DEL BENEFICIARIO		
Identificación Oficial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?
CURP y/o RFC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?
Cédula de Identificación Fiscal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?
Comprobante de Domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.		
<p>Nombre y Firma</p> <p>_____</p> <p>Asegurado o Contratante</p>		<p>Nombre y Firma</p> <p>_____</p> <p>Elaboró</p>
<p>NOTA: Las copias de estos documentos deberán ser cotejadas con su original por el agente.</p> <p>* Información que deberá ser llenado por extranjeros o inmigrantes.</p> <p>** 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.</p> <p>*** En caso de ser extranjero se requiere integrar los mismos documentos que un Asegurado, Contratante o Beneficiario (Identificación oficial y comprobante de domicilio).</p>		



Chubb Seguros México, 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		Estado
Código Postal		Teléfono		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	
<hr/> Nombre	<hr/> Firma

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.
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 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-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: uneseguros@chubb.com

CHUBB®