

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN AMEX HOSPITAL CASH

Estimado Cliente:

Es importante llenar y firmar los formatos anexos de Chubb Seguros México, S. A. 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. 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.

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

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Nombre de la Empresa Contratante		Número de Póliza	
Nombre del Asegurado Titular		RFC	
Domicilio		E-mail	Teléfono

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 Diagnóstico motivo de su reclamación			
Si su reclamación es por accidente detalle ¿cómo y cuándo 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 qué 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:			

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:

NOMBRE DEL(OS) MÉDICO(OS) TRATANTE(S)

1.-

2.-

3.-

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

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Asegurado Titular

Nombre y Firma del Asegurado Afectado

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.

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

INFORME MÉDICO

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 cómo, cuándo y dónde 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		

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		
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.		
Nombre y Firma <hr/> Asegurado o Contratante		Nombre y Firma <hr/> Elaboró
NOTA: Las copias de estos documentos deberán ser cotejadas con su original por el agente.		
<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®