

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN DE AMEX DESEMPLEO

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.

DOCUMENTACIÓN A ENTREGAR OBLIGATORIA

1. FORMATO DE RECLAMACIÓN (este formato se encuentra anexo al presente y deberá de ser llenado con letra de molde) una vez llenado deberá de ser entregado y acompañado de la siguiente documentación. **Copia Simple.**

2. CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO, este documento corresponde al contrato celebrado entre el Asegurado y el último Empleador. **Copia Simple.**

3. COPIA DE LA IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE del Asegurado con fotografía y firma. (INE, Pasaporte o Cédula Profesional) **Copia Simple.**

4. COPIA DE LA BAJA ACTUALIZADA DEL IMSS y/o REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS, en caso de no estar afiliado al IMSS enviar **CARTA DE NO INSCRIPCIÓN A LA INSTITUCIÓN DE SALUD A LA CUAL ESTABA INSCRITO.** **Copia Simple**

5. COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO: Luz, agua o teléfono (con antigüedad no mayor a 3 meses). **Copia simple.**

6. FORMATO CONOCE A TU CLIENTE (anexo) debidamente llenado y firmado por el reclamante. **Copia simple.**

7. FORMATO DE TRANSFERENCIA (anexo) debidamente llenado y **COPIA DE ESTADO DE CUENTA BANCARIO** con antigüedad no mayor a 3 meses a nombre del titular de la póliza. **Copia Simple.**

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA / ADICIONAL

1. COPIA DE LOS 4 ÚLTIMOS RECIBOS DE NÓMINA, proporcionado por su empleador. **Copia Simple.**

2. FINIQUITO Y/O LIQUIDACIÓN Y/O RESOLUCIÓN O CONVENIO ANTE LA JUNTA DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE donde debe aparecer el desglose del pago de la indemnización recibida Y/O la sentencia (laudo) donde se declare el despido injustificado según sea el caso. **Copia Simple.**

3. CARTA PATRONAL, proporcionado por su empleador, donde indique el motivo del desempleo, fecha de ingreso y egreso, tipo de contrato. **Copia Simple.**

4. COPIA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO. (En caso de requerirlo). **Copia simple.**

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 por lo que no se dará inicio a la misma hasta contar con la documentación soporte completa, para lo cual es necesario que nos haga llegar la documentación antes mencionada a través de <https://insurancewallet-mx.com/>

La plataforma electrónica "My Insurance Wallet", le permite a Usted visualizar y completar su expediente de reclamación de Siniestro, conocer el avance en la captación, análisis y decisión de su solicitud, sin importar el horario o día de la semana. Si aún no conoce u olvidó su código de acceso o activación, puede obtenerlo en los siguientes números telefónicos; Cd. de México: **5169 5999** o del interior: **01 (800) 911 AMEX (2639)** de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs.

Si alguna documentación le fuese requerida en Original, Usted podrá entregarla o hacerla llegar a **Bosques de Radiatas No. 26, 2do Piso, Col. Bosques de las Lomas, Delegación Cuajimalpa C.P. 05120, Ciudad de México, de lunes a jueves de 08:00 a 19:00 hrs. y viernes de 08:00 a 17:00 hrs. Recuerde incluir su número o Folio 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



FORMATO DE RECLAMACIÓN DESEMPLEO

Fecha: _____

Área de Siniestros: _____

*Póliza No. _____

Como resultado de la pérdida del empleo de la empresa _____ con el tel. _____, el cual fue como consecuencia de: _____, a partir del día _____ del mes de _____ del año _____, fecha desde la cual me encuentro sin percibir ingreso alguno, por lo que anexo al presente la siguiente documentación.

USO ASEGURADORA

DOCUMENTACIÓN A ENTREGAR OBLIGATORIA

1. FORMATO DE RECLAMACIÓN (este formato)	()
2. COPIA DEL CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE LA EMPRESA EN QUE LABORABA	()
3. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE DEL ASEGURADO (INE, PASAPORTE O CÉDULA PROFESIONAL)	()
4. COPIA DE LA BAJA ACTUALIZADA DEL IMSS Y/O REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS, EN CASO DE NO ESTAR AFILIADO AL IMSS ENVIAR CARTA DE NO INSCRIPCIÓN A LA INSTITUCIÓN DE SALUD A LA CUAL ESTABA INSCRITO	()
5. COMPROBANTE DE DOMICILIO	()
6. FORMATO CONOCE A TU CLIENTE	()
7. FORMATO DE TRANSFERENCIA Y ESTADO DE CUENTA BANCARIO	()

DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA / ADICIONAL

1. COPIA DE LOS 4 ÚLTIMOS RECIBOS DE NÓMINA	()
2. COPIA DE FINIQUITO Y/O LIQUIDACIÓN Y/O RESOLUCIÓN O CONVENIO ANTE LA JUNTA DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE.	()
3. CARTA PATRONAL (En caso de requerirlo)	()
4. COPIA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO. (En caso de requerirlo).	()

Para el reclamo de los siguientes meses el desempleado, deberá de anexar nuevamente carta de reclamación por cada mes que permanezca desempleado así como de la actualización de REPORTE DE SEMANAS COTIZADAS ACTUALIZADO O CARTA DE NO INSCRIPCIÓN.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____
Dirección: _____
Calle No. Ext/Int Col. C.P. Ciudad/Estado
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____
Nombre del Jefe Inmediato _____ Teléfono de la Empresa: _____
Firma: _____

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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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

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).



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
-----------------	----------------

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

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

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