

Documentos indispensables para iniciar la reclamación – Aplica para cualquier cobertura:

- * Formato de reclamación debidamente llenado y firmado
- * Formato de transferencia bancaria debidamente llenado y firmado.
- * Formato Conoce a tu Cliente debidamente llenado y firmado.
- * Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado.
(Credencial de Elector, Pasaporte, Cédula Profesional y/o Cartilla de Servicio Militar)
- * Carátula de póliza / Certificado de la póliza.
- * Copia de algún comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses
- * Estado de cuenta del asegurado con cuenta CLABE (no se requieren movimientos, solo números generales de la cuenta, menor a 3 meses a partir del día de hoy)
(FAVOR DE TAPAR O BLOQUEAR NUMEROS DE TARJETA EN EL ESTADO DE CUENTA)

Los Siguientes documentos se deben presentar de acuerdo a la cobertura reclamada.

En caso de Daños a Equipo Electrónico fijo:

- * Dictamen Técnico donde se especifiquen las posibles causas que originaron el daño en el bien (de un negocio establecido, con nombre, dirección y teléfonos de contacto del técnico)
- * Presupuesto y/o Cotización de reparación del bien dañado (de un negocio establecido, con nombre, dirección y teléfonos de contacto del técnico)
- * Documento que acredite propiedad, preexistencia e interés asegurable sobre los bienes reclamados
- * Fotografías donde se aprecie el daño en el bien, así como número de serie y modelo.

En caso de Daños a Cristales de Edificio y/o Cristales de Contenidos:

- * Presupuesto y/o factura de reparación del cristal dañado con medidas, dimensiones y demás aditamentos para la instalación del cristal (de un negocio establecido, con nombre, dirección y teléfonos de contacto del cristalero)
- * Fotografías donde se aprecie el daño en el cristal

IMPORTANTE: Cuando se haya recopilado toda la documentación antes mencionada se tiene que enviar vía PDF por medio de MY WALLET o bien a la siguiente dirección electrónica: **chubbsiniestros@marsh.com**

Indicando en asunto del correo el **número de Reporte de Siniestro**. La información enviada no es limitativa, siendo posible que del departamento de análisis de ésta compañía le solicite documentación adicional.

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 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-notices.aspx>



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	Alcaldía o Municipio	C.P.
Teléfono Particular	Teléfono Celular	E-mail (Indispensable para la indemnización por Orden de Pago)
RFC	#Clave (Beneficiario)	CURP (Persona Física)

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

Describa 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. Cuauhtémoc 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-notices.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.

Equipo Electrónico Fijo <input type="text"/>	* Fecha del Siniestro (DD/MM/AA)	* Descripción del Bien (Marca, Modelo, Serie)	* Importe Reclamado \$ _____ * Importe de Reparación \$ _____
Cristales <input type="text"/>	* Fecha del Siniestro (DD/MM/AA)	* Descripción del Cristal (Tipo, Medidas)	* Importe Reclamado \$ _____ * Importe de Reparación \$ _____

**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**

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 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-notices.aspx>



**Formato Único de Datos Indispensables
para Transferencias Bancarias**

Fecha de Reclamo		
DD	MM	AAAA

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 de Reclamo		
DD	MM	AAAA

Datos del Asegurado o Contratante

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s): _____

* FMT (Turista) FMN (Negocios) Inmigrado FM2 FM3

Nº 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	_____	Actividad	_____	

*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	_____		

Robo con Violencia
Daño Accidental

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	_____		
*Nacionalidad	_____	Fecha de Nacimiento	_____		
Actividad	_____	Correo Electrónico	_____		

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

Si No Definir cargo: _____

Datos de los Beneficiarios

Del Asegurado o Contratante

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

Del Asegurado o Contratante

Identificación oficial	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Cuál?	_____
CURP y/o RFC	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Cuál?	_____
Cédula de identificación fiscal	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Cuál?	_____
Comprobante de domicilio	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Cuál?	_____

Derivado del evento antes relatado me permito formalizar mi reclamación por la(s) siguiente(s) cobertura(s) amparada(s) en mi Póliza ser corroborada cuando la institución lo considere necesario

Nombre y Firma

Asegurado o Contratante

Elaboró

* 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 nacido, considerando, entre otros los jefes de estado, gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales

***En caso de ser extranjeros se requiere integrar los mismos documentos que un asegurado, contratante o beneficiario (Identificación oficial y comprobante de domicilio).