

# SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN AMEX APOYO HOSPITALARIO

## 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.

|  |     |
|--|-----|
| <b>1. INFORME MÉDICO</b> 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) <b>INDISPENSABLE (*)</b>                         | ( ) |
| <b>2. FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD</b> (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) | ( ) |
| <b>3. CONSTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN</b> , que indique hora y fecha exacta del ingreso y egreso hospitalario. (Este documento deberá ser expedido por el área administrativa de la Institución Médica)  | ( ) |
| <b>4. INTERPRETACIÓN MÉDICA Y RESULTADO DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS</b> (documento entregado por los médicos que realizan los estudios donde indican el diagnóstico).   | ( ) |
| <b>5. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE (ambos lados, visible y vigente)</b> , la cual puede ser: Credencial del INE, pasaporte (vigente) o cédula profesional.  | ( ) |
| <b>6. COMPROBANTE DE DOMICILIO</b> (agua, luz y teléfono fijo) con antigüedad no mayor a 3 meses   | ( ) |
| <b>7. FORMATO DE TRANSFERENCIA (ANEXO)</b> debidamente llenado y copia de <b>estado de cuenta</b> con antigüedad no mayor a 3 meses.   | ( ) |
| <b>8. FORMATO CONOCE A TU CLIENTE (ANEXO)</b> debidamente llenado y firmado por el Asegurado afectado.   | ( ) |
| <b>9. EN CASO DE ACCIDENTE, ES NECESARIO PRESENTAR ACTUACIONES MINISTERIALES E INFORME DE LAS PARTES QUE INTERVINIERON EN EL EVENTO.</b>   | ( ) |
| <b>10. EN CASO DE RECLAMACION POR PARTE DE UN DEPENDIENTE ECONOMICO, DEBERA PRESENTAR LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA RELACION CON EL TITULAR DE LA POLIZA (Copia de Acta de Nacimiento, Copia de Acta de Matrimonio y/o Constancia de Concubinato emitida por el Juez de lo Familiar)</b>                         | ( ) |
| <b>11. COPIA DE LA CARATULA DE LA POLIZA</b>   | ( ) |

(\*) 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](mailto: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: **55 5169 5999**  
Del interior: **(800) 911 AMEX (2639)**  
e-mail: [chubbsiniestros@marsh.com](mailto: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](http://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  |               |                |              |
| <b>¿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)</b>   |               |                |              |
| 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?   |               |                |              |
| <b>Señale sí por su accidente intervino alguna Autoridad Judicial: SI ( ) NO ( ), (en caso afirmativo anexe las actuaciones del ministerio público)</b>  |               |                |              |
| En caso de enfermedad en qué fecha aparecieron los signos y síntomas o la fecha que le efectuaron su diagnóstico:<br>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.<br>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](http://www.chubb.com/mx)

## INFORME MÉDICO

| FICHA DE IDENTIFICACIÓN   |                               |  |  |
|---|-------------------------------|--|--|
| <b>Apellidos del Paciente</b>   | <b>Nombre(s) del Paciente</b> | <b>Edad</b>  | <b>Sexo</b><br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| <b>Causas de Atención</b><br><input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente |                               | <b>Referido por otro Médico</b><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? |  |
| <b>Ocupación</b>  |                               |  |  |

| HISTORIA CLÍNICA (importante especificar el tiempo de evolución) |   |
|--|---|
| <b>Antecedentes Personales Patológicos</b>                       | <b>Antecedentes Personales No Patológicos</b> |
| <b>Antecedentes Gineco-Obstétricos</b>                           | <b>Antecedentes Perinatales</b>               |

| PADECIMIENTO ACTUAL   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| <b>Signos y síntomas</b><br>En caso de accidente referir cómo, cuándo y dónde sucedieron los hechos.  |                    | <b>Fecha de inicio</b><br>Día    Mes    Año |
| <b>Código CIE 10</b>  | <b>Diagnóstico</b> | <b>Fecha de inicio</b><br>Día    Mes    Año |
| <b>Tipo de Padecimiento</b><br><input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico      |                    |   |
| <b>¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?</b><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? |                    |   |
| <b>Estudios de laboratorio y gabinete practicados</b>   |                    |   |

| TRATAMIENTO           |                    |   |
|-----------------------|--------------------|---|
| <b>Código CPT-4</b>   | <b>Tratamiento</b> | <b>Fecha de inicio</b><br>Día    Mes    Año |
| <b>Complicaciones</b> |                    |   |

| INCAPACIDAD   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Tipo de incapacidad</b><br><input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente | <b>Fecha de inicio</b><br>Día    Mes    Año | <b>Fecha de término</b><br>Día    Mes    Año |
| <b>Fecha de inicio de terapias de rehabilitación</b><br>Día    Mes    Año                           |   |  |

| HOSPITALIZACIÓN            |   |                             |
|----------------------------|---|-----------------------------|
| <b>Nombre del hospital</b> | <b>Fecha y hora de ingreso</b><br>Día    Mes    Año | <b>Hora    Minutos</b><br>: |
| <b>Dirección</b>           | <b>Fecha y hora de egreso</b><br>Día    Mes    Año  | <b>Hora    Minutos</b><br>: |

| DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE   |                 |
|---|-----------------|
| <b>Apellido Paterno, Materno y Nombre</b>   |                 |
| <b>Especialidad</b>   | <b>R.F.C</b>    |
| <b>Código profesional</b>   | <b>Teléfono</b> |
| <b>Celular</b>  | <b>E-mail</b>   |
| <p><b>Nota:</b> 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.<br/> 2. FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.<br/> 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.  |   |   |
| <p><b>Nombre y Firma</b></p> <p>_____</p> <p><b>Asegurado o Contratante</b></p>   |   | <p><b>Nombre y Firma</b></p> <p>_____</p> <p><b>Elaboró</b></p> |
| <p><b>NOTA: Las copias de estos documentos deberán ser cotejadas con su original por el agente.</b></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/><br>Nombre  | <hr/><br>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](mailto:uneseguros@chubb.com)

**CHUBB®**