

Formato de Declamación de Sinjectro

finiquito amplio y absoluto que en derecho exista, sin reserva de acción o derecho alguno.

⁻ ormato de Reclamació	n de Siniestro			Fecha de Reclamo			
				DD	MM	AAAA	
avor de llenar este formato con letra de mold	le	∐ Ben	eficiario _				
Datos del Asegurado							
Nombre del Asegurado Titular					Número d	e Póliza	
Nombre del Asegurado Afectado y/o Beneficiario			Ocupación				
Dirección (Calle y Número)			Colonia				
Ciudad	Delegación o Municipio				C.P.		
Teléfono Particular	Teléfono Celular			E-mail			
Cobertura Reclamada							
Reembolso de Gastos Medicos							
Detalles del Siniestro							
Fecha: Día Mes Año							
wiesAnd							
Describa brevemente cómo ocurrió el siniestro:							
Nombre y	/ Firma del Asegurado o Be	neficiario	del Contrata	inte			
Cotejo de Documentos							
Persona que cotejó los documentos	□ Ej	ecutivo	☐ Agente	☐ TP	Α		
En este acto manifiesto que los documentos propo todas sus partes, además cumplen satisfactoriame				los contra s	us originales	, coincidiendo e	
Nombre completo y firma							
· · ·							
eclaro que la información aquí mencionada es completa							
nformación requerida para la atención y análisis de este re	clamo. En términos del artículo 69 de	e la Ley sob	re el Contrato de S	Seguro acepto	o que la Comr	oañía tendrá dere	

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoria externas para emisión de dictámenes de nuestra compañía, 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 Integral en la siguiente dirección www.chubb.com/mx

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 de la misma, 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