

Formato de Reclamación de Siniestro

Fecha de Reclamo

DD	MM	AAAA
----	----	------

Favor de llenar este formato con letra de molde

☐ Asegurado

☐ Beneficiario

Datos del Asegurado

Nombre del Asegurado Titular		Número de 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 _____

Describe brevemente cómo ocurrió el siniestro:

Nombre y Firma del Asegurado o Beneficiario del Contratante

Cotejo de Documentos

Persona que cotejó los documentos

☐ Ejecutivo

☐ Agente

☐ TPA

En este acto manifiesto que los documentos proporcionados en copia simple que tuve a la vista fueron cotejados contra sus originales, coincidiendo en todas sus partes, además cumplen satisfactoriamente con los requisitos de identificación del Cliente.

Nombre completo y firma

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