

Aviso de Accidente y/o Enfermedad

Nombre de la Empresa Contratante	No. de Póliza
Nombre del Asegurado Titular	R.F.C.
Domicilio	Teléfono Particular
E-mail	

Datos del Asegurado Afectado

Nombre del Asegurado Afectado			
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ocupación	
Parentesco con el Asegurado Titular			
Indique el motivo de su reclamación			
Si su reclamación es por accidente detalle ¿cómo y cuándo ocurrió?			
Fecha exacta en la cual aparecieron los signos y síntomas de su padecimiento	Día	Mes	Año
Fecha exacta en la cual estableció el diagnóstico definitivo	Día	Mes	Año
¿Ha presentado gastos por este padecimiento en esta u otra compañía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo señale el nombre de la compañía y el número de siniestro			

Nombre del (os) Médicos

1.
2.
3.

Autorizo al Hospital ya 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.

Nombre y Firma Asegurado Titular

Nombre y Firma Asegurado Afectado

Lugar y Fecha _____

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 en 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 que éstos son necesarios para su declaración anual, ya que por disposición fiscal, nosotros requerimos de la documentación original.