

Aviso de Accidente y/o Enfermedad

Para ser llenado por el paciente y/o familiar. Nota: es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se dé una información completa y detallada, por el hecho de proporcionar este formulario, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Datos de la Escuela												
Nombre de la Escuela												
Dirección				Teléfono								
Nombre del Director				Correo Electrónico								
Datos del Alumno y/o Personal Docente o Administrativo												
Nombre de la Persona Afectada y/o Titular												
Grado Escolar		Sexo		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Edad						
Domicilio del Paciente												
C.P.		Teléfono 1		Celular								
¿Ha tenido reclamaciones por otro accidente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Describalo												
Datos del Accidente												
Se trata de		<input type="checkbox"/> Accidente										
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en esta u otra compañía?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Describa												
Fecha en que ocurrió el accidente		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
¿Cuál fue el accidente? (Detalle cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente)												
¿Qué estudios de laboratorio y gabinete fueron realizados?												
Hospital donde se realizó la atención												
En caso de accidente, ¿se dio aviso al Ministerio Público? Anexar copia del M.P.						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datos del Médico Tratante												
Nombre						Especialidad						
Domicilio												
Estado, Ciudad						Teléfonos						

Autorizo al hospital y a los médicos que me atienden a proporcionar toda la información que se 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.

Chubb Seguros México, S.A., con domicilio en Avenida Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, 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, auditoría externa 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

Firma del Titular

Firma del Paciente