



# Consentimiento Individual para ser Asegurado

Nombre del Contratante	MediAccess S.A.P.I. de C.V.
Aseguradora	Chubb Seguros México, S.A.
Póliza	30-72783
No. Membresía	

Datos del Asegurado														
Nombre del Asegurado*														
Fecha de nacimiento										Sexo		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Ocupación										Fecha de Alta				

Cobertura														
Muerte Accidental y/o Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.														
- Suma Asegurada por Muerte Accidental: \$110,000														
- Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: \$15,000														

**Nota:** En el caso que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad, como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso, solo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguros, le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Designación de Beneficiarios		
Nombre de los Beneficiarios*	Parentesco*	Porcentaje*

Para todos los efectos que pueda tener este consentimiento hago constar que las declaraciones contenidas en el, las he hecho personalmente y son verídicas.

\*Fechado en: \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



Firma del Asegurado

Sello del Contratante

# Consentimiento Individual para ser Asegurado

## Requisitos para el reclamo por muerte accidental y reembolso de gastos médicos

### Seguro de Accidentes Personales

#### Pago Directo Gastos Médicos

El asegurado deberá reportar el accidente al Call Center, 800 681 0341 (el cual opera las 24 horas del día) para que se asigne el hospital en convenio para recibir atención médica. En el hospital se le solicitará al Asegurado que llene el Formato de Aviso de Accidente o Enfermedad (deberá presentarse con Identificación oficial vigente y credencial de MediAccess).

#### Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

- Fotocopia de Identificación oficial vigente
- Comprobante de Domicilio
- Copia de Estado de Cuenta donde se realizará el depósito a nombre del titular no mayor a 3 meses (no deberá ser de tarjetas de crédito)
- Descargue los Formatos de Reclamación en: <https://www.chubb.com/mx-es/mediaccess.aspx>
- Estudios realizados, (radiografías, placas, etc.), o interpretación
- Facturas o Recibos Originales con validez fiscal (solicitarlos a nombre del titular y pedirlos desglosados, especificando el costo de cada concepto)
- Recetas médicas y Órdenes médicas
- Copia de credencial MediAccess (anverso y reverso)

#### Indemnización por Muerte Accidental

- Carta de Reclamación en original firmada por los Beneficiarios y/o reclamantes del seguro (a puño y letra del beneficiario y firmada por el mismo)
- Copia de Estado de Cuenta donde se realizará el depósito (no deberá ser de tarjetas de crédito) a nombre del beneficiario
- Fotocopia de Identificación oficial del Asegurado y de los Beneficiarios
- Copia Certificada del Acta de Nacimiento y Defunción del Asegurado
- Copia Certificada del Acta de Nacimiento de los Beneficiarios
- Copia Certificada de averiguación previa del Ministerio Público (debe incluir al menos los resultados de la necropsia, estudio toxicológico, declaraciones de testigos, testigos de identidad, parte de tránsito en caso de accidente automovilístico, etc.)
- Designación de Beneficiarios o Copia Certificada de Nombramiento albacea y aceptación
- Copia de la credencial MediAccess (anverso y reverso)
- Estado de Cuenta Bancario no mayor a 3 meses
- Identificación oficial vigente
- Designación de Beneficiarios (certificado) en original
- Formato de Tránsito Bancaria

#### Los documentos arriba descritos se solicitan en original y copia

- Todas las facturas y documentos deben ser a nombre del Titular (en caso de ser menor de edad a nombre del padre o tutor)
- Todos los formatos deberán estar firmados por el Asegurado (en caso de ser menor de edad a nombre del padre o tutor)

\*\*\*\*\*En caso de considerarlo necesario la compañía se reserva el derecho de requerir cualquier documento adicional, esto derivado de las circunstancias que hayan originado el evento\*\*\*\*\*

Para el reembolso de gastos médicos por accidente, se tiene que presentar la documentación dando aviso del siniestro dentro de los 30 días de haber sucedido el siniestro. En caso de muerte accidental se deberá presentar la documentación requerida antes de 90 días. De lo contrario, será improcedente la reclamación.

#### Para solicitar cualquier servicio, mayor información o aclaraciones llame al:

Ciudad de México y Área Metropolitana: 9150 2954  
Lada Sin Costo: 800 681 0341

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 13 de Junio del 2016, con el número PPAQ-S0039-0036-2016/CONDUSEF-002024-01