

Formato de Reclamación Siniestros Vida

Fecha _____

INFORMACION GENERAL DEL ASEGURADO (llenado y firmado por alguno de los beneficiarios)

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido Materno		Fecha de nacimiento	
						Día Mes Año	
No. De Póliza		Suma Asegurada		Estado Civil		Fecha y lugar del evento o siniestro	
R.F.C		Nacionalidad		Profesión u ocupación			
Letras Año Mes Día homoclave							
CURP(si cuenta con ella)							
Colonia		Calle		Número exterior		Número interior	
Ciudad o población		Entidad federativa		C .P .		Delegación o Municipio	

INFORMACION DE LOS BENEFICIARIOS

1. Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido Materno		Parentesco		% Suma Asegurada	
R.F.C		Fecha de nacimiento		Nacionalidad		Profesión u ocupación			
Letras Año Mes Día homoclave		Día Mes Año							
CURP(si cuenta con ella)									
Actividad o giro de negocio		Calle		Número exterior		Número interior			
Colonia		C .P .				Delegación o Municipio			
Ciudad o población		Entidad federativa		Correo electrónico (si cuenta con él)					
Teléfonos (incluyendo clave lada)				¿Ocupa o ha ocupado durante los últimos 6 años algún Cargo o función pública?					
Casa		Trabajo		Celular		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cargo o puesto:			

Nota: Si el beneficiario es o ha sido funcionario público de los mencionados en las políticas de identificación del Cliente de LA COMPAÑIA ASEGURADORA, por favor recabe la información correspondiente al anexo A.

Declaro que los datos y documentación proporcionada en éste acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así consideren conveniente. Finalmente los autorizo expresamente para utilizar la presente información por esta empresa o cualquiera de las entidades financieras relacionadas a LA COMPAÑIA ASEGURADORA con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

FINIQUITO: En caso de resultar procedente la reclamación, autorizo a LA COMPAÑIA ASEGURADORA para que el pago se realice a través del siguiente medio:

- Orden de pago Banco:
- Transferencia Bancaria cuenta clabe: _____

En caso de que se realice el pago de la indemnización en los términos indicados, desde este momento y por así convenir plenamente a mis intereses, con la cantidad depositada o transferida a mi cuenta, me doy por pagado de la suma asegurada que me corresponde y en consecuencia otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome ninguna acción de carácter civil o penal ni derecho alguno que ejercitar en contra de LA COMPAÑIA ASEGURADORA., dado el presente finiquito que voluntariamente suscribo y el pago que recibo.

Asimismo, reconozco y acepto expresamente que el presente documento no constituye obligación de pago ni compromiso alguno por parte de LA COMPAÑIA ASEGURADORA, ni de sus agentes, promotores, intermediarios, socios, funcionarios, empleados o dependientes.

Fecha Día _____ Mes _____ Año _____

¿Para qué se utilizará el dinero correspondiente al pago de este seguro? _____

Nombre y firma de autorización y conformidad.

Reconozco que LA COMPAÑIA ASEGURADORA me ha entregado el Aviso de Privacidad.

Casa	Trabajo	Celular	cargo o función pública?
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cargo o puesto: _____

Nota: Si el beneficiario es o ha sido funcionario público de los mencionados en las políticas de identificación del Cliente de LA COMPAÑIA ASEGURADORA, por favor recabe la información correspondiente al anexo A.

Declaro que los datos y documentación proporcionada en éste acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así consideren conveniente. Finalmente los autorizo expresamente para utilizar la presente información por esta empresa o cualquiera de las entidades financieras relacionadas a LA COMPAÑIA ASEGURADORA con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

FINIQUITO: En caso de resultar procedente la reclamación, autorizo a LA COMPAÑIA ASEGURADORA para que el pago se realice a través del siguiente medio:

Orden de pago Banco: _____

Transferencia Bancaria cuenta clabe: _____

En caso de que se realice el pago de la indemnización en los términos indicados, desde este momento y por así convenir plenamente a mis intereses, con la cantidad depositada o transferida a mi cuenta, me doy por pagado de la suma asegurada que me corresponde y en consecuencia otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome ninguna acción de carácter civil o penal ni derecho alguno que ejercitar en contra de LA COMPAÑIA ASEGURADORA., dado el presente finiquito que voluntariamente suscribo y el pago que recibo.

Asimismo, reconozco y acepto expresamente que el presente documento no constituye obligación de pago ni compromiso alguno por parte de LA COMPAÑIA ASEGURADORA, ni de sus agentes, promotores, intermediarios, socios, funcionarios, empleados o dependientes.

Fecha Día _____ Mes _____ Año _____

¿Para qué se utilizará el dinero correspondiente al pago de este seguro? _____

_____ Nombre y firma de autorización y conformidad.

Reconozco que LA COMPAÑIA ASEGURADORA me ha entregado el Aviso de Privacidad.

4. CERTIFICACIÓN MÉDICA: Debe de ser llenado por el médico tratante que extendió el certificado de defunción o el que atendió al Asegurado durante su enfermedad.

Nota: Es obligatorio para todas las defunciones dentro del primer año de la vigencia de la póliza.

Sobre el fallecimiento:

Periodo en que atendió al asegurado: Desde: _____ Hasta: _____ Diagnóstico directo del fallecimiento: Tiempo de Evolución del padecimiento:	Lugar en donde atendió al asegurado:
Enfermedad Grave u otra causa que dio origen a la que determino la Muerte, Invalidez Total y Permanente o Pérdida Orgánica.	Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad que produjo la Muerte, Invalidez Total y Permanente o Pérdida Orgánica.

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE / CERTIFICANTE

Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno _____

Cédula profesional _____ Especialidad _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Código postal _____ teléfono(incluir lada) _____

En caso de no ser usted el médico tratante explique detalladamente la razón por la que certifica la muerte: _____

Firma _____
 Lugar y Fecha / /

Adjunto con este formato se hace entrega del Aviso de Privacidad de la Compañía Aseguradora.