



## INSTRUCTIVO PARA TRÁMITE DE RECLAMACION

1. Declaraciones 1,2 y 3 debidamente requisitadas con letra de molde legible

2. Póliza o Certificado Individual , según corresponda.

3. Recibo de la última prima pagada (solo en seguro de Vida Individual).

### DOCUMENTACION EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA DEL ASEGURADO

4. Acta o Certificado de Defunción.

5. Acta de Nacimiento, pasaporte, fe de bautizo o carta de naturalización, en caso de que no se haya efectuado la comprobación de edad.

6. Si el fallecimiento del asegurado hubiera ocurrido a consecuencia de un accidente, homicidio, suicidio o cualquier otra causa no definida como muerte natural, será necesaria la Averiguación previa del Agente del Ministerio Público completa, que contenga por lo menos: la narración de cómo ocurrieron los hechos, identificación del cadáver y resultado de la autopsia o necropsia,

### DOCUMENTACION EN COPIA FOTOSTATICA DEL ASEGURADO:

7. Identificación Oficial que contenga el domicilio actualizado.

8. Curp y R.F.C.

### DOCUMENTACION EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA DE LOS BENEFICIARIOS:

9. Acta de Nacimiento de cada uno de los Beneficiarios.

10. Acta de Matrimonio, solo si el cónyuge es beneficiario.

11. Si algún beneficiario hubiera fallecido, presentar el acta de defunción.

### DOCUMENTACION EN COPIA FOTOSTATICA DE LOS BENEFICIARIOS:

12. Identificación Oficial que contenga el domicilio actualizado.

13. Curp y R.F.C.

### INFORMACION ADICIONAL:

#### SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL Y GRUPO

14. Cuando el beneficiario sea alguna razón social, se deberá presentar el acta constitutiva de la sociedad (copia certificada) y poder notarial del apoderado legal.

15. Cuando el beneficiario sea alguna institución de crédito se deberá adjuntar carta de la institución indicando el saldo insoluto.

16. Cuando el Beneficiario sea alguna institución fiduciaria, la declaración no. 1 la deberá de llenar dicha Institución y adjuntar copia del contrato.

#### SEGURO DE GRUPO

17. Si la regla para determinar la suma asegurada fuera en función a meses de sueldo, deberá proporcionar los últimos 5 recibos de nómina.

### NOTAS:

(a) En caso de que el beneficiario fuera menor de edad, la declaración 1 la deberá de firmar el padre, la madre o en su defecto, la persona que ejerza la Patria Potestad con el documento legal que lo acredite.

(b) Cuando la póliza deba apegarse a los herederos legales del Asegurado fallecido, la declaración deberá ser firmada por el albacea, quien deberá acreditar su nombramiento con copia certificada de las constancias respectivas del juicio sucesorio correspondiente.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier documento adicional a los señalados.



**DECLARACION DE FALLECIMIENTO No. 1**

Esta declaración deberá requisitarse por el o(los) beneficiario(s) designado(s) en la(s) póliza(s) de seguro, o por sus representantes legales, a quienes se les recuerda que no es necesaria la intervención de terceras personas, ya que haciendo la tramitación directamente se evitará incurrir en gastos y demoras que normalmente ocasionan los intermediarios. Se recomienda ver las instrucciones.

Nombre Completo del Asegurado \_\_\_\_\_

No. de Póliza(s) \_\_\_\_\_ Suma(s) Asegurada(s) \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Curp \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

Domicilio del Finado: \_\_\_\_\_

Ultima Ocupación: \_\_\_\_\_ Causa de la Muerte \_\_\_\_\_

Fecha en que se iniciaron los síntomas del padecimiento. \_\_\_\_\_

Datos de los médicos que atendieron al finado:

Nombre	Domicilio	Teléfono	Fecha de Ultima Consulta

Datos de otras compañías en las cuales estaba asegurado el finado:

Compañía \_\_\_\_\_ No. De Póliza \_\_\_\_\_

Beneficiarios:

Nombre	Teléfono	Carácter o título con el Que Reclama	Firma

Hacemos constar que en nuestra presencia esta declaración ha sido llenada por la (s) persona (s) que la suscribe (n).

Testigos:

Nombre	Domicilio	Firma

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



**DECLARACION No. 2**

**Hoja #1**

**FORMULARIO MEDICO SOBRE LAS CAUSAS DE LA MUERTE DEL ASEGURADO**

Para ser llenado por el médico que extendió el certificado de defunción o el que atendió al asegurado durante la enfermedad.

Nombre del finado \_\_\_\_\_

Domicilio en el momento de la muerte (Calle, Colonia, Ciudad , Estado y Teléfono) \_\_\_\_\_

Edad al morir \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Ocupación a la fecha de la muerte \_\_\_\_\_

Lugar , fecha y hora del fallecimiento \_\_\_\_\_

Número de Afiliación al I.M.S.S. o I.S.S.S.T.E o de cualquier Institución de Seguridad Social a la que haya pertenecido \_\_\_\_\_

Si la muerte ocurrió en un sanatorio u hospital proporcionar el nombre. \_\_\_\_\_

¿ Qué tiempo hace que conoce usted al finado? \_\_\_\_\_

Tiempo que atendió al asegurado \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento? \_\_\_\_\_

¿ En qué enfermedades o afecciones, operaciones etc., lo asistió usted o fue consultado antes del fallecimiento que motivó la muerte? \_\_\_\_\_

Nombre de la enfermedad \_\_\_\_\_ No. De Veces \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Gravedad \_\_\_\_\_ Secuelas \_\_\_\_\_

¿Cuándo atendió por última vez a la persona fallecida? \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA DEFUNCION**

Concepto	Especificación de la Causa o enfermedad	Tiempo de duración
Enfermedad u otra causa que directamente produjo la muerte y tiempo en que, en su opinión, estuvo sufriendo de la afección		
Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte y tiempo en que, en su opinión, estuvo sufriendo de la afección		
Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad que produjo la muerte y tiempo en que, en su opinión, estuvo sufriendo de la afección.		
Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal básica y tiempo en que, en su opinión, estuvo sufriendo de la afección		



**FORMATO EXCLUSIVO PARA EL MEDICO**

**DECLARACION No. 2**  
**Hoja # 2**

En caso de defunción por causas violentas o accidentales, sírvase informar la causa y qué autoridad tomó conocimiento. \_\_\_\_\_

Lugar, fecha y hora en la que ocurrió el accidente. \_\_\_\_\_

Hubo en la muerte del asegurado efectos directos o indirectos, causados especialmente por el uso de bebidas alcohólicas, drogas, alucinógenos, etc., por su ocupación o por el lugar de residencia. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.  
En caso afirmativo favor de especificar.

Nombre completo del médico \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Número de Título \_\_\_\_\_ Número de Cédula \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Otros médicos que lo atendieron:

Nombre	Domicilio y Teléfono

Datos adicionales u observaciones:

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en este documento fue tomada directamente del expediente clínico que obra en mi poder.

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Medico.



**FORMATO EXCLUSIVO PARA LOS TESTIGOS**

**DECLARACION NO. 3**

**AVISO**

**Instrucciones Especiales:**

La presente declaración debe hacerla una persona que haya conocido al asegurado y no tenga interés alguno en la reclamación. Todas las preguntas deben contestarse de una manera clara y completa. La compañía se reserva el derecho de requerir más informes, si lo considera necesario.

No se necesita la intervención de terceras personas para el cobro de ninguna reclamación a esta compañía.

**PRUEBAS DE MUERTE**

Antes de llenar este formulario, sírvase usted leer atentamente las instrucciones.

1. Nombre completo del Asegurado \_\_\_\_\_
2. Domicilio \_\_\_\_\_
3. Última Ocupación \_\_\_\_\_
4. ¿Cuánto tiempo conoció al difunto? \_\_\_\_\_
5. ¿Vio usted el cadáver? \_\_\_\_\_
6. ¿Le consta que el cadáver era el de la persona asegurada por esta compañía, con el nombre arriba citado? \_\_\_\_\_
7. Fecha y lugar de la inhumación o cremación \_\_\_\_\_

Este documento ha sido llenado y firmado en nuestra presencia por:

Nombre	Domicilio	Firma

A quien conocemos y quien protestó que las respuestas anteriores dadas por él son verdaderas, según nuestro leal saber y entender.

**TESTIGOS**

Nombre	Domicilio	Firma

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.