



General de Seguros, S.A.B.

Una Compañía Diferente

INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN POR INVALIDEZ Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Estimado Cliente:

Con el afán de brindarle el mejor servicio, le agradeceremos leer esta página de información general y que al presentar su reclamación, verifique que se cumpla con todos los documentos que se mencionan para evitar demoras en el pago.

Todos los trámites relacionados con el pago de su reclamación son gratuitos.

- A) En caso de que el asegurado se encuentre médicamente imposibilitado para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo tenga bajo su cuidado tramite un Juicio de Interdicción, lo presente a la Compañía incluyendo Historia Clínica y estudios practicados con carácter devolutivo, firme la solicitud de reclamación y anexe copia simple de su identificación (Credencial de Elector o Pasaporte o Cédula Profesional por ambos lados)
- B) En caso de que el Asegurado no sepa o pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y que dos personas firmen a su ruego como testigos. Texto necesario.

“Hacemos constar que en nuestra presencia _____ (Nombre de Asegurado) imprimió su huella digital en virtud de no saber o poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmo.

(Nombre completo testigo 1)

(Nombre completo testigo 2)

(Firma)

(Firma)

Anexar de los testigos, copia simple de su Credencial de Elector o Pasaporte o Cédula Profesional por ambos lados.



General de Seguros, S.A.B.

Una Compañía Diferente

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN POR INVALIDEZ Y / O PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Para efectos de estar en condiciones de valorar y atender adecuadamente toda reclamación por concepto de pago de la cobertura por **Invalidez Total y Permanente y/o Pérdidas Orgánicas** contratada en su póliza de Vida, será necesario presentar a esta institución en cualquiera de sus oficinas, la siguiente documentación:

Documentación mínima general a presentar para el trámite de pago de la cobertura

1. **Solicitud** de reclamación de pago por Invalidez Total y Permanente y/o Pérdidas Orgánicas, la cual deberá ser requisitada en su totalidad por el asegurado.
2. **Acta de Nacimiento** (Original o copia certificada).
3. **Identificación Oficial** vigente a la fecha de presentación donde aparezca foto y firma del asegurado (Credencial de elector, pasaporte, cartilla del servicio militar, cédula profesional).
4. **Cuestionario Médico** (El cual debe ser contestada de puño y letra por el médico tratante).
5. **Dictamen Oficial de Invalidez** (IMSS, ISSSTE, SSA) o **Resumen clínico** emitido por la institución que determinó la invalidez, en caso de no contar con la atención médica de seguridad social.
6. **Estudios de Laboratorio y Gabinete** realizados (Radiografías, Resonancia Magnética, Tomografía, Ultrasonido, etc.)
7. **Actuaciones del Ministerio Público Certificadas** en caso de que la invalidez o pérdida orgánica haya sido consecutiva a un accidente.
8. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

Para las pólizas de Vida Individual, además de los puntos arriba señalados del 1 al 8, será necesario anexar a su reclamación:

9. Original de la **Póliza** de Seguro.
10. **Último Recibo de Pago** de su póliza (en original).

Para las pólizas de Grupo y Colectivo, además de los puntos arriba señalados del 1 al 8, será necesario anexar a su reclamación:

11. Certificado y/o Consentimiento original y firmado por el asegurado.
12. Si la **póliza es Auto administrada** y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo, será necesario anexar los **últimos tres recibos de nómina** y aviso de modificación al salario ante el IMSS o ISSSTE.
13. Si el asegurado ingresa a la empresa después de la **última renovación**, será necesario presentar el **Aviso de Alta ante el IMSS o ISSSTE** o Contrato Individual de Trabajo.
14. **Carta de la Empresa** notificando la reclamación.

Para las pólizas de Vida Colectivo Deudores, además de los puntos señalados del 1 al 8, será necesario anexar a su reclamación:

15. **El Contrato del Crédito** Otorgado (copia certificada).
16. **Estado de cuenta que refleje el Saldo Insoluto** a la fecha del dictamen del Estado de Invalidez Total y Permanente.
17. Carta del Contratante **Certificando el Saldo** a pagar.

La recepción de la documentación no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

Nota: La compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.



LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERÁN SER PROPORCIONADOS POR EL ASEGURADO O PERSONA QUE ESTÉ A SU CUIDADO.

INFORMACIÓN GENERAL DE PÓLIZA

NOMBRE DEL CONTRATANTE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

No. DE PÓLIZA (S):

TIPO DE SEGURO:

INDIVIDUAL

GRUPO

COLECTIVO

CERTIFICADO No.

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

SEXO:

FEMENINO

MASCULINO

EDAD:

EDO. CIVIL:

NACIONALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIA

MES

AÑO

LUGAR DE NACIMIENTO:

R.F.C.

CURP:

DOMICILIO:

CALLE

No.

COLONIA

C.P.

DELEGACIÓN

MUNICIPIO

CIUDAD

TELÉFONO

NOMBRE DE LA EMPRESA O PATRÓN DONDE LABORA:

ACTIVIDAD O GIRO DE LA EMPRESA:

RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS, ISSSTE, SSA, ETC.):

NÚMERO DE AFILIACIÓN:

¿COBRA ACTUALMENTE ALGUNA PENSIÓN POR INVALIDEZ?:

SI

NO

INDICAR A PARTIR DE QUÉ FECHA COBRA DICHA INVALIDEZ:

¿CUENTA CON OTROS SEGUROS DE VIDA?

SI

NO

CON QUÉ COMPAÑÍAS:

OCUPACIÓN HABITUAL A LA FECHA DE LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA:

OCUPACIÓN HABITUAL A LA FECHA DEL DICTAMEN Y / O INICIO DE SU INVALIDEZ:

INDICAR EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LOS MÉDICOS QUE LO ATENDIERON O HAN ATENDIDO: AL MENOS DOS

MENCIONE SI SUFRE DE OTRAS ENFERMEDADES O LESIONES AÚN Y CUANDO ESTOS NO TENGAN RELACIÓN CON EL PADECIMIENTO QUE ORIGINO LA RECLAMACIÓN:

¿CUALÉS? _____ DESDE CUÁNDO _____

EN CASO DE HABER REQUERIDO DE HOSPITALIZACIÓN PARA EL MANEJO DE SU PADECIMIENTO, FAVOR DE MENCIONAR NOMBRE DEL HOSPITAL Y / O SANATORIO, DIRECCIÓN Y TELÉFONO:

FAVOR DE INDICAR LA FECHA DE INICIO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE SU ENFERMEDAD O LESIÓN:

Nota: Autorizo a los médicos que me han atendido o que me atiendan en lo sucesivo, a los hospitales e instituciones donde fui internado a que proporcionen al personal designado por (Compañía de Seguros), todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive los datos de padecimientos anteriores, para lo cual relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional, de toda responsabilidad derivada de la información otorgada y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir en caso de proporcionar datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

NOMBRE

FIRMA

FECHA