



Estimado asegurado, con el fin de darle un mejor servicio, le pedimos revise que la documentación que nos envía reúna los siguientes requisitos, de acuerdo a la póliza que se trate:

Documentos para la reclamación de cualquier póliza

1. Solicitud de pago de invalidez, enfermedad y/o pérdidas orgánicas, incluida en este folleto (requisitada en su totalidad).
2. Formulario médico, incluido en este folleto (debe ser contestado por el médico que ha atendido al asegurado en su invalidez, enfermedad y/o pérdidas orgánicas)
3. Acta de nacimiento del asegurado (original o copia certificada).
4. Identificación original con foto y firma del asegurado (credencial de elector, cédula profesional o pasaporte). En caso extraordinario, si el asegurado no cuenta con alguna identificación oficial de las mencionadas anteriormente deberá presentar la certificación y conocimiento de firma incluida en la solicitud.
5. En caso de invalidez anexar el documento oficial que la certifique, expedido por el sector salud IMSS, ISSSTE, o SALUBRIDAD. Si el asegurado no pertenezca a ninguna de estas instituciones una carta expedida por un médico especializado certificando el estado de invalidez del asegurado.
6. Historia clínica firmada por el médico tratante con los estudios realizados al asegurado (incluir radiografías en caso de amputación).
7. Por invalidez y/o pérdidas orgánicas a consecuencia de un accidente, si alguna autoridad tomo conocimiento, adjuntar: original o copia certificada de las actuaciones del ministerio público

Para pólizas de vida individual, además de los puntos 1 al 7, anexar:

8. Ultimo recibo de pago de su póliza (original)
9. Póliza original, en caso de no tenerla anexar una carta explicando el motivo

Para pólizas de seguro de grupo o colectivo, además de los puntos 1 al 7, anexar:

8. Si la póliza es autoadministrada y la regla para determinar la suma asegurada fuera por meses de sueldo incluir recibo de nómina y aviso de modificación al salario ante el I.M.S.S. más recientes.
9. Si el asegurado ingreso a la empresa después de la ultima renovación, aviso de alta ante el I.M.S.S. o contrato individual del trabajador (copia fotostática legible).
10. Certificado y cédula del consentimiento del seguro de vida, firmados por el asegurado (original).
11. Carta de certificación de la reclamación por parte del contratante.

Para pólizas de seguro colectivo de deudores, además de los puntos 1 al 7, anexar:

8. Contrato de crédito otorgado.
9. Saldos actualizados a la fecha de invalidez
10. Certificado y cédula de consentimiento del seguro de vida, firmados por el asegurado (original).
11. Carta del contratante certificando el saldo a pagar.

Nota: La Compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional a los mencionados y/o realizar un examen médico al asegurado por su cuenta, si así lo estima conveniente de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.

Solicitud de pago de invalidez, enfermedad y/o pérdidas orgánicas

Póliza No. _____ Contratada por _____

Tipo de Seguro: Individual Grupo Colectivo
Tipo de Beneficio que reclama: Invalidez Enfermedad Pérdidas orgánicas

En caso de invalidez y/o pérdidas orgánicas, ésta se debió a causa de: Accidente Enfermedad

Datos Personales del Asegurado

Nombre y apellidos del asegurado _____

Sexo _____ Estado Civil _____ Nacionalidad _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Ocupación habitual anterior a la invalidez o enfermedad _____

Antigüedad en el puesto _____ Empresa o patrón _____

Régimen de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, etc.) _____ No. de Filiación _____

Residencia habitual _____ Pueblo o Ciudad _____ Estado y país _____

Fechado en _____ el _____ de _____ Firma _____

Certificación y Conocimiento de Firma del Asegurado (únicamente si no presenta identificación oficial)

Hago constar que conozco a la persona que firma arriba y en mi presencia, certificando que es la misma que usa en todos sus documentos:

Nombre de quien certifica _____

Domicilio _____

_____ Ciudad _____

Teléfono _____ Firma y Sello de quien certifica _____

Formulario Médico sobre las causas de Invalidez, Enfermedad y/o Pérdidas Orgánicas del Asegurado

I. Causa que directamente produjo la invalidez, enfermedad y/o pérdidas orgánicas:

II. Otros estados patológicos que no tienen relación con la invalidez, enfermedad y/o pérdidas orgánicas:

Datos Adicionales

Síntomas iniciales _____

Fecha de inicio de síntomas	Día	Mes	Año	Fecha de la 1ª. consulta	Día	Mes	Año	Fecha de diagnóstico	Día	Mes	Año

Datos clínicos y evolución _____

Resultado de estudios de laboratorio y gabinete efectuados _____

Tratamientos efectuados _____

Fecha de la última consulta	Día	Mes	Año

Resumen clínico de otros padecimientos que presenta el asegurado y que no están relacionados con la invalidez, enfermedad y/o pérdidas orgánicas

Diagnóstico _____

¿Qué tiempo hace que conoce al asegurado? _____

¿Hubo alguna causa violenta o accidente? Sí No

Autoridad que tomó conocimiento _____

En caso de no ser usted el médico tratante, explique detalladamente la razón por la que certifica la invalidez, enfermedad y/o pérdidas orgánicas:

Nota: Sólo en caso necesario le será solicitada información más amplia.

Datos del Médico*

Nombre del facultativo _____

Cédula Dir. Gral. de Profesiones _____

Certificado del Consejo de especialidad _____ Cédula de especialidad _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Fechado en _____ el _____ de _____ Firma _____

* En caso de enfermedad por infarto al miocardio se requiere que el médico sea un cardiólogo certificado por el Consejo Nacional de Cardiología y por accidente vascular cerebral un neurólogo certificado por el Consejo Nacional de Neurología.