



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, incluida en este folleto (requisitada en su totalidad).
2. Formulario médico, incluido en este folleto (debe ser contestado por el médico que atendió al asegurado al momento de su fallecimiento).
3. Acta de defunción (original o copia certificada).
4. Acta de nacimiento del asegurado (original o copia certificada).
5. Acta de nacimiento de los beneficiarios (original o copia certificada).
6. En caso de muerte accidental, se requieren actuaciones completas del ministerio público (averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, parte de tránsito en caso de accidente automovilístico y conclusiones) (original o copia certificada).
7. Acta de matrimonio, si la esposa fuera beneficiaria (original o copia certificada).
8. Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción (original o copia certificada).
9. Identificación, original y copia, con foto y firma de asegurado y del (los) beneficiario(s) (credencial de elector, cédula profesional o pasaporte). En caso extraordinario, si el beneficiario no cuenta con alguna identificación oficial de las mencionadas anteriormente deberá presentar la certificación y conocimiento de firma incluida en la solicitud.

Para pólizas de vida individual, además de los puntos 1 al 9, anexar:

10. Certificado médico de defunción (copia certificada).
11. Último recibo de pago de su póliza (original).
12. Póliza original; en caso de no tenerla anexar una carta explicando el motivo.
13. En caso de que el beneficiario sea alguna razón social, nos deberán presentar acta constitutiva de sociedad (copia certificada) y/o poder notarial del apoderado legal.
14. Cuando el beneficiario sea algún banco por préstamo, deberán enviarnos carta del banco indicando el saldo deudor, y firmando de conformidad por los beneficiarios.
15. Cuando el beneficiario es algún banco por contrato de fideicomiso, la solicitud la deberá llenar el banco y adjuntar copia del contrato.

Para pólizas de seguro de grupo o colectivo, además de los puntos 1 al 9, anexar:

10. 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.
11. Si el asegurado ingreso a la empresa después de la última renovación, aviso de alta ante el I.M.S.S. o contrato individual del trabajador (copia fotostática legible).
12. Certificado y cédula del consentimiento del seguro de vida, firmados por el asegurado (original).
13. Carta de certificación de la reclamación por parte del contratante.

Para pólizas de seguro de cuenta ahorristas, además de los puntos 1 al 9, anexar:

10. Tarjeta de apertura de la cuenta de ahorros (original o copia fotostática legible).
11. Libreta de ahorros donde aparezcan los saldos al sexto mes anterior al fallecimiento del asegurado (original o copia fotostática legible).

Para pólizas de seguro colectivo de deudores, además de los puntos 1 al 9, anexar:

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

Documentación adicional:

1. Si algún beneficiario fuera menor de edad, deberá firmar la solicitud de pago, el padre, la madre, o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad previo documento legal que así lo justifique.
2. Cuando la póliza debe pagarse a los herederos legales del asegurado, la declaración deberá ser firmada por el albacea, quien deberá acreditar su nombramiento con copia certificada de las constancias respectivas del juicio sucesorio correspondiente.

Nota: La Compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional a los mencionados, cuando lo requieran las condiciones generales de la póliza.

Solicitud de Pago por Muerte

Póliza No. _____ Contratada por _____

Tipo de Seguro:

Individual

Grupo

Colectivo

La causa del fallecimiento se debió a:

Accidente

Enfermedad

Causas Naturales

Datos Personales del Fallecido

Nombre y apellidos del Fallecido _____

Sexo _____ Estado Civil _____ Nacionalidad _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Ocupación habitual anterior al fallecimiento _____

Antigüedad en el puesto _____ Empresa o patrón _____

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

Residencia habitual anterior al fallecimiento _____ Pueblo o Ciudad _____

Estado y País _____ Nombre y Apellidos del Cónyuge _____

Declaración de los Beneficiarios

Nombre y dirección del (los) médico(s) que lo asistieron en sus últimos momentos: _____

Lugar y Fecha del fallecimiento _____ Agencia que inhumó y fecha _____

Sepultado en el Cementerio _____ ¿Vió usted el cadáver? _____

¿Le consta que el cadáver era del asegurado? _____

Datos y firmas del (los) beneficiario (s)

Nombre Completo _____ Carácter o título con que reclama _____

Domicilio _____ Firma _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Nombre Completo _____ Carácter o título con que reclama _____

Domicilio _____ Firma _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Nombre Completo _____ Carácter o título con que reclama _____

Domicilio _____ Firma _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Nombre Completo _____ Carácter o título con que reclama _____

Domicilio _____ Firma _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Nombre Completo _____ Carácter o título con que reclama _____

Domicilio _____ Firma _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Fechado en _____ el _____ de _____ del _____

Certificación y consentimiento de firmas (únicamente si no se presenta identificación oficial)

Hago constar que conozco a la(s) persona(s) que firma(n) arriba y en mi presencia, certificando que es(son) la(s) misma(s) que usa(n) en todos sus documentos: _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Firma y Sello de quien certifica _____

Formulario médico sobre las causas de la muerte del asegurado

Datos sobre el fallecimiento

Nombre del fallecido _____

Lugar del fallecimiento _____ Fecha del fallecimiento _____

Hospital o sanatorio _____ Hora del fallecimiento _____

Certificación médica

La muerte fue causada por:

Intervalo aproximado entre el comienzo y la muerte

I

Enfermedad u otra causa que directamente produjo la muerte: A) _____

Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte. B) _____

Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad que produjo la muerte. C) _____

II

Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica. C) _____

Instrucciones: Es necesario que las causas de la defunción se anoten de acuerdo con el modelo del certificado internacional que comprende las partes I "Causa de defunción A), B) y C)" y la II "Otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal o básica".

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 _____

No. de Consultas _____ Fechas _____

¿Qué tiempo hace que conoce al finado? _____

¿Hubo alguna causa violenta o accidente? Si No

Autoridad que tomó conocimiento _____

En caso de no ser usted el médico tratante, explique detalladamente la razón por la que certifica la muerte y los antecedentes clínicos patológicos y traumáticos que usted conozca en relación a ella: _____

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 _____

Fecha en _____ el _____ de _____ Firma _____
