



Formato Único de Reclamación - Siniestro Finiquito

Fecha de Reclamo

Asegurado
 Reclamante: Beneficiario
 Socio/Bróker
 Tipo de Reclamación: Inicial
 Complemento

/ /

Asegurado y/o Contratante

Nombre Completo
 Apellido Paterno
 Apellido Materno
 Dirección Calle y Número
 Colonia
 Número de Certificado, Póliza Ref. y/o N° de Crédito
 C.P.
 Delegación o Municipio
 Ciudad
 Nacionalidad
 País de Nacimiento
 Fecha de Nacimiento / /
 Teléfono
 Celular
 Correo Electrónico
 RFC / CURP (Opcional)
 FIEI (Opcional)
 Ocupación

Beneficiario

Nombre
 Apellido Paterno
 Apellido Materno
 Dirección Calle y Número
 Colonia
 Ciudad
 C.P.
 Delegación o Municipio
 Nacionalidad
 País de Nacimiento
 Fecha de Nacimiento / /
 Teléfono
 Celular
 Correo Electrónico
 RFC / CURP (Opcional)
 FIEI (Opcional)
 Ocupación

Cobertura Reclamada

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente | <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Temporal | <input type="checkbox"/> Consumo por robo o extravío de tarjeta |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Falsificación y/o alteración de tarjeta |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento | <input type="checkbox"/> Falsificación y/o alteración de la banda magnética |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento por Accidente | <input type="checkbox"/> Transferencias electrónicas no autorizadas |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización por Accidente o Enfermedad | <input type="checkbox"/> Robo o Extravío de Cheques |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves | <input type="checkbox"/> Robo de mercancía comprada con la tarjeta de débito |
| <input type="checkbox"/> Bolsa, Cartera, o Compra Protegida | <input type="checkbox"/> Disposición forzada de efectivo por robo de tarjeta de débito |
| <input type="checkbox"/> Robo | Otro <input type="text"/> |

Nota:

- Este formato aplica para reclamar sólo una cobertura, en caso de aplicar más de una cobertura es necesario llenar otro formato.
- Si no cuenta con datos bancarios se generará cheque de pago de siniestro.
- Al indicar la cobertura por afectar el presente formato, ésta sólo aplicará según la carátula de póliza.

Describe como ocurrió el Siniestro

Firma del Asegurado y/o Beneficiario

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Fecha de Siniestro:

/ /

Vigencia de Certificado, Póliza y/o Contrato

Fecha Inicio vigencia

Fecha Término de vigencia

/ /

/ /

Documentación Requerida para Atención de Siniestros



Nota: En todos los casos de reclamación es necesario anexar al presente formato:

- 1.- IFE, Pasaporte y/o Cédula Profesional, Vigente del asegurado y beneficiarios
- 2.- Último comprobante de pago de la póliza *(En caso de contar con esta)
- 3.- Carátula y/o Certificado de la póliza *(En caso de contar con este)
- 4.- Informe Médico "si aplica"
- 5.- Comprobante de Domicilio, de igual manera para el beneficiario (s)

Documentos requeridos adicionalmente al presente formato (según el caso dé click en la casilla respectiva):

Desempleo:

- Copia de Finiquito, Liquidación emitido por RH de la empresa o Copia de la Demanda ante Junta de Conciliación (Sólo si aplica)
- Copia del Contrato de Trabajo por tiempo indeterminado
- Copia baja del IMSS, ISSSTE o Dependencia Gubernamental
- Copia de los últimos 3 recibos de nómina
- Formato FM2/FM3 (si aplica)
- Copia del cheque, transferencia o estado de cuenta del pago finiquito

Invalidez Total, Temporal y/o Permanente:

- Copia de Historia Clínica o Resumen Médico
- Copia Fiel de la Incapacidad Total, temporal y/o Permanente por el IMSS, ISSSTE o dependencia Gubernamental
- Dictamen Médico acreditando la Invalidez Total, Temporal y/o Permanente
- Análisis clínicos, estudios, Imagen "RX, TC, RM" (Interpretación de radiografías, tomografías o de Resonancia Magnética)
- Copia del acta de Matrimonio, en caso de ser Cónyuge Beneficiario (a)
- Copia del Acta de Nacimiento de los Beneficiarios
- En caso de que haber nombrado beneficiarios menores de edad, fe notarial de tutores, albaceas
- Formato ST-4, por IMSS y/o ISSSTE RT-09

Indemnización por Enfermedades Graves

- Informe Médico (Debidamente Requisitado)
- Análisis clínicos patológicos, estudios, Imagen "RX, TC, RM" (Interpretación de radiografías, tomografías o de Resonancia Magnética)

Fallecimiento y/o Gastos Funerarios

- Acta Original de Defunción del Asegurado Siniestrado
- Copia del Certificado de Defunción
- Copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del(los) Beneficiario(s). En caso de ser extranjero FM2 o 3
- Copia del acta de Matrimonio, en caso de ser Beneficiaria Esposa (o)
- Copia del Acta de Nacimiento de los Beneficiarios
- En caso de que haber nombrado beneficiarios menores de edad, fe notarial de tutores
- Actuaciones ante el Ministerio Público (solo si aplica Muerte por accidente y/o cualquier tipo de Homicidio)
- Historia Clínica

Robo

- Copia de la denuncia por Robo presentada ante el Ministerio Público.
- Copias Certificadas de las actuaciones realizadas ante el Ministerio Público, de la denuncia penal por Robo.
Las copias certificadas deberán contener la denuncia y en su caso, su ampliación, la ratificación de la denuncia, en su caso, la inspección ocular y fe ministerial realizada en el lugar de los hechos, así como el acreditar la propiedad y preexistencia del bien.

En caso de tener alguna duda llame a nuestro Centro de Atención a Clientes:
55 4123 0400 - 01800-522-0983 Lada Sin Costo

