

Anexo 1. Formato de la aseguradora.

Formato de Reclamación Siniestros Vida

Fecha _____

INFORMACION GENERAL DEL ASEGURADO (llenado y firmado por alguno de los beneficiarios o por el propio asegurado)

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido Materno	Fecha de nacimiento Día Mes Año
No. De Póliza	Suma Asegurada	Estado Civil	Fecha y lugar del evento o siniestro

INFORMACION DE LOS BENEFICIARIOS

1. Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Suma Asegurada
R.F.C. Letras Año Mes Día homoclave	Fecha de nacimiento Día Mes Año		Nacionalidad	Profesión u ocupación
CURP(si cuenta con ella)				
Actividad o giro de negocio			Calle	Número exterior Número interior
Colonia			C.P.	Delegación o Municipio
Ciudad o población			Entidad federativa	Correo electrónico (si cuenta con él)
Teléfonos (incluyendo clave lada) Casa Trabajo Celular			¿Ocupa o ha ocupado durante los últimos 6 años algún Cargo o función pública? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cargo o puesto:	

Nota: Si ha contestado afirmativamente, favor de recabar adicionalmente la información correspondiente al anexo A.

Declaro que los datos y documentación proporcionada en éste acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así consideren conveniente. Finalmente los autorizo expresamente para utilizar la presente información por esta empresa o cualquiera de las entidades financieras relacionadas a La compañía aseguradora con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

FINIQUITO: En caso de resultar procedente la reclamación, autorizo a LA COMPAÑÍA ASEGURADORA para que el pago se realice a través del siguiente medio:

Orden de pago Banco:

Transferencia Bancaria cuenta clabe: _____

En caso de que se realice el pago de la indemnización en los términos indicados, desde este momento y por así convenir plenamente a mis intereses, con la cantidad depositada o transferida a mi cuenta, me doy por pagado de la suma asegurada que me corresponde y en consecuencia otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome ninguna acción de carácter civil o penal ni derecho alguno que ejercitar en contra de LA COMPAÑÍA ASEGURADORA., dado el presente finiquito que voluntariamente suscribo y el pago que recibo.

Asimismo, reconozco y acepto expresamente que el presente documento no constituye obligación de pago ni compromiso alguno por parte de LA COMPAÑÍA ASEGURADORA., Ni de sus agentes, promotores, intermediarios, socios, funcionarios, empleados o dependientes.

Fecha Día ____ Mes ____ Año ____

¿Para qué se utilizará el dinero correspondiente al pago de este seguro? _____

Nombre y firma de autorización y conformidad _____

2. Nombre(s)		Apellido paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Suma Asegurada
R.F.C Letras Año Mes Día homoclave 		Fecha de nacimiento Día Mes Año 		Nacionalidad	Profesión u ocupación
CURP(si cuenta con ella) 					
Actividad o giro de negocio			Calle	Número exterior	Número interior
Colonia				C .P .	Delegación o Municipio
Ciudad o población			Entidad federativa	Correo electrónico (si cuenta con él)	
Teléfonos (incluyendo clave lada)				¿Ocupa o ha ocupado durante los últimos 6 años algún cargo o función pública?	
Casa	Trabajo	Celular		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cargo o puesto:	

Nota: si el beneficiario es o ha sido funcionario público de los mencionados en las políticas de identificación del Cliente de LA COMPAÑIA ASEGURADORA por favor recabe la información correspondiente al anexo A.

Declaro que los datos y documentación proporcionada en éste acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así consideren conveniente. Finalmente los autorizo expresamente para utilizar la presente información por esta empresa o cualquiera de las entidades financieras relacionadas a LA COMPAÑIA ASEGURADORA; con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

FINIQUITO: En caso de resultar procedente la reclamación, manifiesto mi consentimiento para que el pago se realice a través del siguiente medio:

- Orden de pago Banco: _____
- Transferencia Bancaria cuenta clabe: _____

En caso de que se realice el pago de la indemnización en los términos indicados, desde este momento y por así convenir plenamente a mis intereses, con la cantidad depositada o transferida a mi cuenta, me doy por pagado de la suma asegurada que me corresponde y en consecuencia otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome ninguna acción de carácter civil o penal ni derecho alguno que ejercitar en contra de LA COMPAÑIA ASEGURADORA., dado el presente finiquito que voluntariamente suscribo y el pago que recibo.

Asimismo, reconozco y acepto expresamente que el presente documento no constituye obligación de pago ni compromiso alguno por parte de LA COMPAÑIA ASEGURADORA, Ni de sus agentes, promotores, intermediarios, socios, funcionarios, empleados o dependientes.

Fecha Día _____ Mes _____ Año _____ ¿Para qué se utilizará el dinero correspondiente al pago de este seguro? _____

Nombre y firma de autorización y conformidad _____

3. Nombre(s)		Apellido paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Suma Asegurada
R.F.C Letras Año Mes Día homoclave 		Fecha de nacimiento Día Mes Año 		Nacionalidad	Profesión u ocupación
CURP(si cuenta con ella) 					
Actividad o giro de negocio			Calle	Número exterior	Número interior
Colonia				C .P .	Delegación o Municipio
Ciudad o población			Entidad federativa	Correo electrónico (si cuenta con él)	
Teléfonos (incluyendo clave lada)				¿Ocupa o ha ocupado durante los últimos 6 años algún	

Casa	Trabajo	Celular	cargo o función pública? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cargo o puesto: _____
------	---------	---------	---

Nota: Si ha contestado afirmativamente, favor de recabar adicionalmente la información correspondiente al anexo A.

Declaro que los datos y documentación proporcionada en éste acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así consideren conveniente. Finalmente los autorizo expresamente para utilizar la presente información por esta empresa o cualquiera de las entidades financieras relacionadas a LA COMPAÑIA ASEGURADORA; con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

FINIQUITO: En caso de resultar procedente la reclamación, autorizo a LA COMPAÑIA ASEGURADORA para que el pago se realice a través del siguiente medio:

Orden de pago Banco: _____

Transferencia Bancaria cuenta clabe: _____

En caso de que se realice el pago de la indemnización en los términos indicados, desde este momento y por así convenir plenamente a mis intereses, con la cantidad depositada o transferida a mi cuenta, me doy por pagado de la suma asegurada que me corresponde y en consecuencia otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome ninguna acción de carácter civil o penal ni derecho alguno que ejercitar en contra de LA COMPAÑIA ASEGURADORA., dado el presente finiquito que voluntariamente suscribo y el pago que recibo.

Asimismo, reconozco y acepto expresamente que el presente documento no constituye obligación de pago ni compromiso alguno por parte de LA COMPAÑIA ASEGURADORA., Ni de sus agentes, promotores, intermediarios, socios, funcionarios, empleados o dependientes.

Fecha Día ____ Mes ____ Año ____ ¿Para qué se utilizará el dinero correspondiente al pago de este seguro? _____

Nombre y firma de autorización y conformidad _____

4. CERTIFICACIÓN MÉDICA: debe de ser llenado por el médico que extendió el certificado de defunción o el que atendió al Asegurado durante su enfermedad.

Sobre el fallecimiento:

Tiempo en que atendió al asegurado:	Lugar en donde atendió al asegurado:
Causa directa del fallecimiento:	
Tiempo de Evolución del padecimiento:	
Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determino la muerte, Invalidez Total y Permanente o Enfermedad Grave o Pérdida Orgánica.	Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad que produjo la muerte, invalidez o enfermedad grave o la pérdida orgánica.

DATOS DEL MÉDICO

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno _____

Cédula profesional _____ Especialidad _____

Domicilio _____
 Ciudad _____ Código postal _____ teléfono(incluir lada) _____

En caso de no ser usted el médico tratante explique detalladamente la razón por la que certifica la muerte: _____

Firma _____
 Lugar y Fecha ____ / ____ / ____