

FORMATO DE RECLAMACIÓN

SINIESTRO FINIQUITO

Fecha de Reclamación:

DD - MM - AAAA

Reclamante: Asegurado Beneficiario

DATOS DEL CONTRATANTE O TITULAR DEL SEGURO

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Número de Póliza:	Fecha de nacimiento: DD - MM - AAAA	Teléfono:
Ocupación:	Email:	

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Dirección (Calle y Número):	Colonia:	Estado o Entidad Federativa:
C.P. Delegación o Municipio:	Nacionalidad:	País de nacimiento:
Fecha de nacimiento: DD - MM - AAAA	Teléfono:	Ocupación:
Email:	CURP:	

DATOS PARA PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR MEDIO DE TRANSFERENCIA

Nombre completo del beneficiario:	
Clabe Interbancaria:	Banco:

COBERTURAS RECLAMADAS

DOCUMENTOS GENERALES

Tan pronto como tú o tu(s) Beneficiario(s), según corresponda, tengan conocimiento de la ocurrencia del Evento, deberá(n) comunicarse con nosotros vía telefónica al **800 953 0424 en la Ciudad de México o desde el interior de la República con un horario de atención de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas**, en un plazo no mayor a 5 (cinco) días naturales, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo informarlo una vez que desaparezca el impedimento.

- Formato único de reclamación.
- Copia legible de alguna identificación oficial vigente con fotografía y firma, del (los) Beneficiario(s) y una tuya (si la tuviera(n)). En caso de que ésta no contara con domicilio o éste no fuera el actual se deberá presentar comprobante de domicilio con una antigüedad menor a 3 (tres) meses. En caso de ser extranjeros, adicionalmente, copia legible del documento vigente emitido por el Instituto Nacional de Migración, que acredite su legal residencia en México.

Instrucciones:

1. Selecciona la(s) cobertura(s) que consideres aplicable(s) de acuerdo a lo sucedido:

- Muerte Accidental Indemnización diaria por hospitalización por accidente Procedimientos quirúrgicos Cirugía
- Primer diagnóstico de enfermedades graves cubiertas Reembolso de gastos médicos por accidente

Muerte Accidental: Copia certificada de las actuaciones (con sellos y firmas) ante la Fiscalía que corresponda, sea de jurisdicción federal o estatal, que acredite la ocurrencia del Evento. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente: Constancia hospitalaria con fecha, hora de ingreso y egreso de la Institución de Salud. Cirugía, Procedimientos Quirúrgicos y Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves Cubiertas: Resumen o informe médico que indique, diagnóstico etiológico exacto (causa), fecha de inicio de signos y síntomas, tiempo de evolución, manejos previos otorgados de los padecimientos reportados en hoja membretada, sellada y firmada por el Médico tratante, así como, en caso de aplicar, resultado de exámenes de laboratorio e imagen realizados que soporten la cirugía, o en su caso que refieran o tengan relación con el diagnóstico.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente: Original de los comprobantes de pago (facturas y/o recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos) a tu nombre; las facturas de farmacia deberán acompañarse con las recetas de los Médicos que prescriben salvo los antibióticos, en cuyo caso deberá presentarse una copia (las recetas deben contar con todo lo necesario de acuerdo a la norma oficial de salud vigente al momento de la expedición), de igual forma estudios de laboratorio o gabinete, patología, imagenología, etc. En estos últimos deberá anexar los resultados e interpretación y nombre del paciente.

Con la firma del presente documento acepto que, en caso de ser procedente la reclamación antes descrita, el pago correspondiente sea realizado por la Compañía por medio de transferencia bancaria antes señalada, de la cual declaro ser titular o cotitular firmando en ella de forma independiente (no mancomunada);, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, por lo cual, una vez realizado el cobro reconozco y acepto que Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. ha cumplido con su obligación de pago derivada del presente reclamo y conforme a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, por lo que, en este acto, otorgo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho exista, no reservándome acción o derecho alguno en contra de Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. **“Al fin de realizar el pago por transferencia, es necesario que anexe el presente formato, copia del estado de cuenta donde se refleje el número de cuenta y cuenta CLABE antes señalado.”**

Declaro que la información aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo. En términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro acepto que la compañía tendrá derecho de exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.

Por este medio autorizo a Cardif para tratar y en su caso transferir los datos personales, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para realizar encuestas de satisfacción respecto de los servicios proporcionados por Cardif. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Cardif y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Con la firma del presente documento acepto que en caso de ser procedente la reclamación de la cobertura antes indicada, una vez que me sea reparado o reemplazado mi bien cubierto, según corresponda, reconozco y acepto que Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V. (en lo sucesivo “Cardif”), ha dado cumplimiento a su obligación de indemnización derivada de la cobertura reclamada, por lo que, en este acto, le otorgo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho proceda, no reservándose acción o derecho alguno en contra de Cardif.

Aviso de Privacidad Simplificado

Cardif México Seguros Generales S.A. de C.V., con domicilio en Av. Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX, le informa que sus datos personales serán protegidos de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás regulación aplicable. El tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad de (i) identificarlo como cliente/beneficiario y (ii) cumplir con las obligaciones legales y contractuales que le deriven a Cardif conforme al contrato de seguro del cual se derive el presente documento. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.cardif.com.mx

Consentimiento

Por este medio autorizo a Cardif para tratar y en su caso transferir los datos personales, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso se celebre, así como para realizar encuestas de satisfacción respecto de los servicios proporcionados por Cardif.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Cardif y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo

Firma del Contratante o Titular del seguro