



### 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)    
 FIEL (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)    
 FIEL (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

