

## FORMATO DE RECLAMACIÓN DE COBERTURAS DE MOMENTOS DE VIDA Y PROTECCIÓN FINANCIERA

SINIESTRO FINIQUITO

Fecha de Ocurrencia del Evento:

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:
Teléfono:	Correo Electrónico:	

### DATOS PARA PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR MEDIO DE TRANSFERENCIA

Nombre completo del titular de la cuenta:		
Clabe Interbancaria:	*Especificar banco:	

### COBERTURAS RECLAMADAS

#### DOCUMENTOS GENERALES PARA TODAS LAS COBERTURAS

A continuación detallamos los requerimientos de documentación que requieres adjuntar como parte del trámite de reclamación de coberturas.

- Formato de reclamación llenado y firmado (este documento).
- Copia legible de identificación oficial vigente (anverso y reverso) del Asegurado o Beneficiario. En caso de ser extranjero, documento migratorio que acredite su legal estancia en el país (FM2). En caso de que la identificación no tenga domicilio o no sea el actual; adjuntar copia de comprobante de domicilio de antigüedad no mayor a 3 meses
- Copia del estado de cuenta no mayor a 3 meses en donde se visualicen los datos de la cuenta del beneficiario.

\*En casos extraordinarios, se solicitará información y/o documentación adicional para evaluar el reclamo del siniestro.

Instrucciones de llenado:

1. Selecciona en la tabla de abajo la(s) cobertura(s) que consideres aplicable(s) de acuerdo a lo sucedido
2. En caso de seleccionar más de una cobertura, recibirás respuesta de manera independiente por cada una de ellas
3. Te podremos solicitar documentación complementaria en caso de que identifiquemos una posible procedencia de otra de las coberturas; y de resultar a favor, la reclamación del pago de esta misma será realizado de acuerdo a la opción que elijas en este formato

** Marca con una "X" la(s) cobertura(s) que desees reclamar. Revisa tu carátula de póliza o certificado de cobertura para validar y confirmar qué coberturas aplican para tu seguro contratado.**

**COBERTURAS MOMENTOS DE VIDA****¿Qué documentos necesitas?**

Coberturas	Boleto pagado	Título correspondiente	Documento que acredite parentesco ③	Documento que acredite cancelación ④	Acta de Defunción
<input type="checkbox"/> Cancelación de una actividad recreativa con boleto pagado	✓		✓	✓	
<input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo <input type="checkbox"/> Matrimonio			✓		
<input type="checkbox"/> Titulación del asegurado o de un hijo		✓			
<input type="checkbox"/> Fallecimiento de un familiar <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios de un familiar			✓		✓

③ Los documentos que acreditan parentesco pueden ser, acta de nacimiento del asegurado, acta de nacimiento del hijo u acta de matrimonio del asegurado.


④ Los documentos que acreditan cancelación de actividad recreativa son: acta de defunción y documento que acredite parentesco en caso de fallecimiento de un familiar; Constancia hospitalaria en caso de enfermedad, o reporte de accidente en caso de accidente vehicular

**COBERTURAS DE PROTECCIÓN FINANCIERA**

Coberturas	Comprobante del retiro de efectivo	Acta del Ministerio Público ⑤	Voucher de compra	Documento que acredite fraude ⑥	Carta despido/ finiquito	Consulta de semanas cotizadas ⑦	Contrato de trabajo	Dictamen de Incapacidad ⑧
<input type="checkbox"/> Robo de Efectivo (retiro ATM) con cargo a las tarjetas amparadas	✓	✓						
<input type="checkbox"/> Robo de Documentos <input type="checkbox"/> Robo de Objetos Personales		✓						
<input type="checkbox"/> Compra Protegida <input type="checkbox"/> Robo de Equipo Electrónico Fijo y/o Portátil <input type="checkbox"/> Robo de Celulares y/o Tablet <input type="checkbox"/> Robo de Mercancía comprada con la Tarjeta de Crédito o Débito		✓	✓					
<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario de Empleados Formales					✓	✓	✓	
<input type="checkbox"/> Pérdida de Ingreso por Incapacidad Total Temporal								✓
<input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica de Fondos no reversible no autorizada por el TITULAR y Fraude por Robo o Extravío de Cheques		✓		✓				

- ⑤ El acta del ministerio público puede ser digital.
- ⑥ Otorgado por la institución bancaria, donde se acredite el fraude y detalle los movimientos no reconocidos.
- ⑦ Puedes solicitarla en la siguiente página: <http://www.imss.gob.mx/derechoH/semanas-cotizadas> (el reporte debe ser enviado con fecha actualizada y una vez que se hayan cumplido 30 días a partir de la fecha de desempleo -periodo de espera-).
- ⑧ Para Incapacidad Total Temporal (ITT) se requiere Dictamen de incapacidad de un médico con cédula; para el caso de Incapacidad Total Permanente (ITP) Dictamen de incapacidad de un especialista en medicina del trabajo.

## COBERTURAS DE VIDA

Coberturas	Acta de Defunción
<input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios <input type="checkbox"/> Anticipo de Gastos Inmediatos por Fallecimiento o por Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Ayuda por Gastos Funerarios <input type="checkbox"/> Seguro Saldado por Fallecimiento del asegurado titular a Causa de Enfermedad Grave	

Acepto que si mi reclamo se aprueba, Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. y/o Cardif México Seguros Generales S.A. de C.V. (en adelante Cardif) me hará una transferencia bancaria con el monto asegurado. Al recibir esta transferencia, también acepto y reconozco que Cardif cumplió con su pago conforme a las condiciones generales del seguro sin dar lugar a tomar alguna acción o derecho en contra de Cardif.

Asumo responsabilidad de la veracidad de la información aquí declarada que es completa y exacta; 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, comprometiéndome a otorgarla en términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

### Aviso de Privacidad Simplificado

Tus datos personales están protegidos por Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. y/o Cardif México Seguros Generales S.A. de C.V. como responsable del tratamiento, protección de los mismos; y para cumplir con las finalidades para (i) identificarlo como cliente/beneficiario, (ii) brindarle el servicio de atención del seguro contratado. Para más información, puede consultar el aviso de privacidad integral en [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx).

### Consentimiento

Autorizo a Cardif para procesar, y en su caso, transferir mis datos personales para fines relacionados con nuestra relación jurídica, incluyendo resultados de encuestas e satisfacción. Si proporcioné datos sensibles de otros titulares me obligo a notificar a éstos sobre la cesión y proporcionar el aviso de privacidad correspondiente.

Estoy de acuerdo
  No estoy de acuerdo

**Firma del Contratante o Titular del seguro**

---