

FORMATO DE RECLAMACIÓN PARA COBERTURAS DE SALUD Y ENFERMEDADES GRAVES

SINIESTRO FINIQUITO

Fecha de Ocurrencia del Evento:

DD - MM - AAAA

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 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 asegurado.

*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 DE SALUD Y ENFERMEDADES GRAVES

¿Qué documentos necesitas?

Coberturas	Dictamen  de incapacidad	Estudios de imagen y laboratorio	Facturas de Gastos Incurridos en el Hogar	Alta  hospitalaria	Informe Médico	Historia Clínica 
<input type="checkbox"/> Invalidez Total Temporal <input type="checkbox"/> Invalidez Tota y Permanente <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	✓					

Coberturas	Dictamen ❶ de incapacidad	Estudios de imagen y laboratorio	Facturas de Gastos Incurridos en el Hogar	Alta ❷ hospitalaria	Informe Médico	Historia Clínica ❸
<input type="checkbox"/> Ayuda de Hospitalización por Accidente o Enfermedad <input type="checkbox"/> Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente, o por Accidente o Enfermedad <input type="checkbox"/> Reembolso de Gastos Médicos por Accidente				✓		
<input type="checkbox"/> Anticipo por Enfermedad en Fase Terminal <input type="checkbox"/> Accidentes Cerebrovasculares <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Infarto al Miocardio <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Transplante de órgano vital		✓				✓
<input type="checkbox"/> Cirugía / Procedimientos quirúrgicos <input type="checkbox"/> Cirugía Coronaria				✓	✓	
<input type="checkbox"/> Fractura de Huesos		✓				
<input type="checkbox"/> Modificaciones al hogar a causa de invalidez total y permanente	✓		✓			

❶ 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.

❷ El documento deberá incluir la fecha de ingreso al hospital, la fecha de alta y el motivo de la hospitalización.

❸ Este documento es realizado por el médico tratante del asegurado y deberá contener todos los padecimientos, diagnósticos (con fechas de inicio y tiempo de evolución), complicaciones, tratamientos realizados y estado de salud actual del paciente.

Acepto que si mi reclamo se aprueba, Cardif México Seguros de Vida, 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. 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.

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