

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE O ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL

**SEGUROS  
EL POTOSI**

Para efectos de estar en condiciones de valorar y atender adecuadamente toda reclamación derivada de su póliza de vida contratada, será necesario presentar a esta institución en cualquiera de sus oficinas, la siguiente documentación:

### Documentación mínima general a presentar para el trámite de pago de la cobertura

- 1 Cuestionario médico (el cual debe ser contestado de puño y letra por el médico tratante).
- 2 Información de carácter general para el trámite de una reclamación por enfermedad grave o anticipo por enfermedad terminal.
- 3 Formato de conoce a tu cliente.
- 4 Identificación oficial vigente a la fecha de presentación donde aparezca foto y firma del asegurado (credencial de elector, pasaporte, cartilla del servicio militar, cédula profesional).
- 5 Diagnóstico o procedimiento cubierto que incluya un informe detallado, fechado y firmado por un médico especialista en la materia, legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad, donde determine la enfermedad como progresiva, incurable y con pronóstico de vida del asegurado menor a doce meses.
- 6 Pruebas clínicas radiológicas e histopatológicas que avalen el dictamen, cumpliendo con las características especificadas en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro.
- 7 Estudios de laboratorio y gabinete realizados (radiografías, resonancia magnética, tomografía, ultrasonido, etc.).
- 8 Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

### Además de los puntos arriba señalados del 1 al 8, será necesario anexar a su reclamación:

- 9 Original de póliza de seguro.
- 10 Último recibo de pago de su póliza (en original).

**Nota:** La compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la ley sobre el contrato de seguro.

La prontitud con que demos trámite a su reclamación, en mucho depende de la oportuna y correcta presentación de la misma.

# CUESTIONARIO MÉDICO SOBRE LAS LA RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE O ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL



ESTE FORMATO DEBERÁ SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO.

DATOS DEL MEDICO		
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		
ESPECIALIDAD:	No. DE CEDULA PROFESIONAL:	REGISTRO S.S.A.:
DOMICILIO DE CONSULTORIO:		
TELÉFONO (S):	LUGAR DE ATENCIÓN:	FECHA:    DÍA    MES    AÑO
TIEMPO QUE TIENE DE CONOCER AL ASEGURADO:		TIEMPO QUE TIENE DE ATENDER AL ASEGURADO:
DATOS DEL ASEGURADO		
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		
OCUPACIÓN:	FECHA DE PRIMERA CONSULTA:	MOTIVO DE ESTA CONSULTA:
DÍAGNÓSTICO MÉDICO:		
DESCRIBA CUADRO CLÍNICO INICIAL Y FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS:		
INDICAR CUÁL HA SIDO SU EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO:		
FAVOR DE INDICAR QUÉ ESTUDIOS FUERON PRACTICADOS (LABORATORIO Y GABINETE) Y DESCRIBA RESULTADOS:		
FAVOR DE MENCIONAR OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS Y FECHAS DE INICIO DE ESTOS, RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO CAUSANTE DE LA ENFERMEDAD GRAVE :		
FAVOR DE INDICAR CUÁL ES EL ESTADO DE SALUD ACTUAL DEL ASEGURADO:		
<p><b>NOTA:</b> COMO MÉDICO TRATANTE AUTORIZO A LOS HOSPITALES E INSTITUCIONES DONDE FUE INTERNADO EL PACIENTE A QUE PROPORCIONEN AL PERSONAL DESIGNADO POR SEGUROS EL POTOSÍ, S.A. TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIEREN A LA SALUD DEL MISMO, INCLUSIVE LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES, ASÍ COMO A EXPEDIR A COSTA DEL AUTORIZADO COPIAS DE LOS DOCUMENTOS EN LOS QUE ESTE CONTENIDA DICHA INFORMACIÓN, IGUALMENTE, RELEVO A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS DEL SECRETO PROFESIONAL DE TODA RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA INFORMACIÓN. OTORGADA Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL.</p> <p>BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA FORMA FUE TOMADA DIRECTAMENTE DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.</p>		

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

FECHA



Tel. 01 800 480 31 10  
www.elpotosi.com.mx

**INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL PARA EL TRÁMITE DE UNA  
RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE O  
ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL**

Estimado cliente:

Con el afán de brindarle el mejor servicio, le agradeceremos leer esta página de información general y que al presentar su reclamación, verifique que se cumpla con todos los documentos que se mencionan para evitar demoras en el pago.

Todos los trámites relacionados con el pago de su reclamación son gratuitos.

- A) En caso de que el asegurado se encuentre médicamente imposibilitado para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo tenga bajo su cuidado tramite un juicio de interdicción, lo presente a la compañía incluyendo historia clínica y estudios practicados con carácter devolutivo, firme la solicitud de reclamación y anexe copia simple de su identificación (credencial de elector o pasaporte o cédula profesional por ambos lados).
- B) En caso de que el asegurado no sepa o pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y que dos personas firmen a su ruego como testigos.

"Hacemos constar que en nuestra presencia el asegurado con nombre \_\_\_\_\_ imprimió su huella digital en virtud de no saber o poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmo".

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma y/o huella

\_\_\_\_\_  
Nombre completo testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre completo testigo 2

\_\_\_\_\_  
Firma y/o huella

\_\_\_\_\_  
Firma y/o huella

**CONOCE A TU CLIENTE SINIESTROS  
PERSONA FÍSICA**



**DATOS DEL ASEGURADO O CONTRATANTE**

NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):				
<b>DOMICILIO PARTICULAR</b>				
CALLE:		NÚMERO EXTERIOR:		NÚMERO INTERIOR:
COLONIA:		CÓDIGO POSTAL:		DELEGACIÓN O MUNICIPIO:
CIUDAD O POBLACIÓN:			ENTIDAD FEDERATIVA:	
FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA	MES	AÑO	NACIONALIDAD:
OCUPACIÓN O PROFESIÓN:				
ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO:				
TELÉFONO(S):				
CORREO ELECTRÓNICO: (1)				
R.F.C. Y/O C.U.R.P.: (1)				
ORIGEN DE LOS RECURSOS:				
¿DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO CARGO ALGUNO DENTRO DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL O MUNICIPAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
DEFINIR CARGO:				

**DATOS DEL APODERADO (EN CASO DE APLICAR)**

NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

**DOCUMENTOS ANEXOS:**

<b>DEL ASEGURADO O CONTRATANTE</b>				
IDENTIFICACIÓN OFICIAL:	<input type="checkbox"/>	¿CUÁL?	_____	
R.F.C. Y/O C.U.R.P.: (1)	<input type="checkbox"/>			
COMPROBANTE DE DOMICILIO: (2)	<input type="checkbox"/>	¿CUÁL?	_____	
DOCUMENTO CON EL QUE ACREDITE SU ESTANCIA LEGAL EN EL PAÍS: (3)	<input type="checkbox"/>	¿CUÁL?	_____	
<b>APODERADO</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
IDENTIFICACIÓN OFICIAL:	<input type="checkbox"/>	¿CUÁL?	_____	
COMPROBANTE DE DOMICILIO: (2)	<input type="checkbox"/>	¿CUÁL?	_____	
CARTA PODER O DOCUMENTO CON QUE ACREDITE SU PERSONALIDAD:	<input type="checkbox"/>	DATOS:	_____	

NOTA: LAS COPIAS DE ESTOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER COTEJADOS CON SU ORIGINAL.

FECHA:	NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O CONTRATANTE:
--------	---

"Declaro que el origen y procedencia de los fondos que por cuenta propia o en representación habré de operar u opero proceden de actividades lícitas. Así mismo manifiesto que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, otorgo copia fotostática de los documentos de identificación y autorizo a que se corrobore esta información de estimarse conveniente. Declaro que terceros no operarán con mi consentimiento o el de mi representada en los productos, cuentas, contratos o servicios donde actúo y opero, con recursos provenientes de actividades ilícitas, asimismo, manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas".

(1) En caso que cuente con ellos.  
 (2) No es necesario incluir un comprobante si el domicilio manifestado es el mismo que aparece en la identificación.  
 (3) Aplica solo para extranjeros residentes.