

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN POR FALLECIMIENTO

Documentación general

- 1 Solicitud de reclamación de beneficiario (s), requisitada en todos sus puntos.
- 2 Cuestionario médico sobre las causas de fallecimiento del asegurado (requisitado en su totalidad por el médico certificante o tratante) o certificado de defunción en copia certificada.
- 3 Declaración de testigos (llenar dos formatos).
- 4 Información de carácter general para el trámite de un siniestro de vida.
- 5 Formato de conoce a tu cliente (debe ser llenado por cada uno de los beneficiarios mayores de edad).
- 6 Original de acta de defunción o copia certificada.
- 7 Original acta de nacimiento del asegurado o copia certificada.
- 8 Original acta de nacimiento de los beneficiarios o copia certificada.
- 9 Original acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario o copia certificada.
- 10 Si algún beneficiario ha fallecido, presentar original de acta de defunción correspondiente o copia certificada.
- 11 Identificación asegurado y beneficiarios (original y copia de credencial de elector, pasaporte o cédula profesional).
- 12 Comprobante de domicilio vigente de cada uno de los beneficiarios (no mayor de 3 meses, puede ser recibo telefónico, luz, agua, predial).
- 13 En caso de muerte accidental presentar actuaciones de ministerio público completas (averiguaciones previas, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).

Para pólizas de seguro de vida individual además de los puntos del 1 al 13, anexar:

- 14 Póliza original: en caso de no tenerla anexar carta explicando el motivo.
- 15 Último recibo de pago de primas.
- 16 En caso de que el beneficiario sea alguna persona moral, es necesario presentar acta constitutiva (copia certificada) y poder notarial del apoderado legal reclamante.
- 17 Cuando el beneficiario sea alguna institución bancaria por razón de algún crédito otorgado al asegurado, será necesario el estado de cuenta a la fecha del fallecimiento, con sello y firma.
- 18 Cuando el beneficiario sea un contrato de fideicomiso, la solicitud la deberá presentar el banco y adjuntar copia del contrato.

Para pólizas de seguro de grupo y colectivo, además de los puntos del 1 al 13, anexar:

- 19 Presentar los 3 últimos recibos de nómina.
- 20 Certificado y cédula de consentimiento del seguro de vida, firmados por el asegurado.
- 21 Carta de certificación de la reclamación firmada por parte del contratante.

Para pólizas de seguro colectivo de deudores, además de los puntos del 1 al 13, anexar:

- 22 Contrato del crédito otorgado (copia certificada).
- 23 Saldos actualizados a la fecha del fallecimiento.
- 24 Carta del contratante certificando el saldo a pagar.
- 25 Consentimiento del seguro de vida, firmados por el asegurado.

Para pólizas de seguros colectivos escolares, además de los puntos del 1 al 13, anexar:

- 26 Carta del colegio solicitando el pago.
- 27 Consentimiento firmado por el asegurado (original).
- 28 Comprobante de inscripción del alumno (s).
- 29 Comprobante de pago de la última colegiatura.

Nota: La compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos 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.

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIARIO (S)

**SEGUROS
EL POTOSI**

LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERÁN SER PROPORCIONADOS POR EL O LOS BENEFICIARIOS NOMBRADOS EN LAS PÓLIZAS DEL SEGURO O SUS REPRESENTANTES LEGALES BAJO SU FIRMA.

No. DE PÓLIZA (S):		TIPO DE SEGURO: INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>		GRUPO <input type="checkbox"/>		COLECTIVO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL CONTRATANTE (GRUPO Y COLECTIVO):							No. DE CERTIFICADO:
DATOS DEL ASEGURADO							
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):							
DOMICILIO A LA FECHA DE FALLECIMIENTO (Calle, Colonia, No.):						CIUDAD:	
ESTADO:	C.P.:	TELÉFONO:			NÚMERO DE AFILIACIÓN AL IMSS, ISSSTE U OTRO:		
RFC:	CURP:	FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO:	
NACIONALIDAD:	OCUPACIÓN A LA FECHA DE FALLECIMIENTO:					ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA:	
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA Y DOMICILIO:							
INDIQUE EN QUE OTRAS COMPAÑÍAS ESTABA ASEGURADO:							
DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO							
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):							
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO:						TELÉFONO:	
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):							
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO:						TELÉFONO:	
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):							
DOMICILIO, CIUDAD Y ESTADO:						TELÉFONO:	

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO



SP-067

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

LUGAR DEL FALLECIMIENTO:	FECHA DEL FALLECIMIENTO:	DÍA	MES	AÑO
CAUSA DE FALLECIMIENTO:				
AGENCIA QUE PROPORCIONÓ LOS SERVICIOS FUNERARIOS:	FECHA:	DÍA	MES	AÑO
EL FALLECIMIENTO FUE EN EL DOMICILIO PARTICULAR, HOSPITAL U OTROS:				
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, INDIQUE QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO DEL HECHO:				

NOTA: COMO BENEFICIARIO AUTORIZO A MÉDICOS, HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO, A QUE OTORGUEN A SEGUROS EL POTOSÍ, S.A. TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA SALUD DE ÉSTE, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES. PARA TAL EFECTO, EN ESTE CASO RELEVO A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS, DEL SECRETO PROFESIONAL Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN, TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):				FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA	MES	AÑO
DOMICILIO:				TELÉFONO:			
RFC:	CURP:	PARENTESCO:		OCUPACIÓN:			
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:			
LUGAR:	FECHA:	DÍA	MES	AÑO			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):				FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA	MES	AÑO
DOMICILIO:				TELÉFONO:			
RFC:	CURP:	PARENTESCO:		OCUPACIÓN:			
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:			
LUGAR:	FECHA:	DÍA	MES	AÑO			
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):				FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA	MES	AÑO
DOMICILIO:				TELÉFONO:			
RFC:	CURP:	PARENTESCO:		OCUPACIÓN:			
E-MAIL:	NACIONALIDAD:	GIRO O ACTIVIDAD:		FIRMA:			
LUGAR:	FECHA:	DÍA	MES	AÑO			

CUESTIONARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

**SEGUROS
EL POTOSI**

ESTE FORMATO DEBERÁ SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA POR EL MÉDICO QUE EXTENDIÓ EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO.

DATOS DEL ASEGURADO									
NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):									
No. DE PÓLIZA:	TIPO DE SEGURO:	INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>	GRUPO <input type="checkbox"/>	COLECTIVO <input type="checkbox"/>	No. DE CERTIFICADO:				
RESIDENCIA EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:	CIUDAD:	ESTADO:			EDAD AL FALLECIMIENTO:				
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:	SEXO:	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	FECHA DEL FALLECIMIENTO:			DÍA	MES	AÑO
EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN EL HOSPITAL O SANATORIO ¿CUÁL?:				¿TIEMPO DE CONOCER AL ASEGURADO?					
¿TIEMPO DE ATENDER AL ASEGURADO?		¿CUÁNDO FUE USTED CONSULTADO POR PRIMERA VEZ ACERCA DE LA CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DEL FALLECIMIENTO?							
EN CASO DE NO HABERLO TRATADO, ¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE EXTIENDE EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN?									
¿HUBO EN LA MUERTE DEL ASEGURADO EFECTOS DIRECTOS O INDIRECTOS CAUSADOS POR EL USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DROGAS U OTROS TIPOS DE ESTIMULANTES O ENERVANTES, ETC.?									
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ESPECIFICAR:									
¿EN QUÉ ENFERMEDADES O AFECCIONES, OPERACIONES, ETC., LO ASISTIÓ USTED, O FUE CONSULTADO ANTES DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVÓ LA MUERTE? (DETALLAR EL SIGUIENTE CUADRO):									
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD:									
NO. DE VECES QUE LO ASISTIÓ:									
FECHA DE INICIO:	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
DURACIÓN:									
GRAVEDAD:									
SECUELAS:									
NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO:									
NOMBRE :							TELÉFONO:		
DIRECCIÓN:				CIUDAD:			ESTADO:		
NOMBRE :							TELÉFONO:		
DIRECCIÓN:				CIUDAD:			ESTADO:		

SIGUE AL REVERSO



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

SP-060

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

	CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (UNA SOLA EN CADA RENGLÓN)	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE
PARTE I ENFERMEDAD, LESIÓN O ESTADO PATOLÓGICO QUE PRODUCE LA MUERTE DIRECTAMENTE.	A)	
CAUSAS, ANTECEDENTES.	B)	
ESTADOS MORBOSOS, SI EXISTIERA ALGUNO, QUE PRODUJERON LA CAUSA CONSIGNADA ARRIBA, MENCIONÁNDOSE EN ÚLTIMO LUGAR LA CAUSA BÁSICA.	C)	
PARTE II OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO QUE LA PRODUJO.		

NOTA: LAS CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN DEBERÁN ANOTARSE DE ACUERDO CON EL MODELO DEL CERTIFICADO INTERNACIONAL QUE COMPRENDE LAS PARTES: I "CAUSA DE DEFUNCIÓN A), B) Y C)" Y LA II "OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BÁSICA".

HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN QUE ESTOY PROPORCIONANDO EN ESTE DOCUMENTO, ESTÁ APEGADA A LA VERDAD, DE ACUERDO A LOS ELEMENTOS QUE CONOZCO SOBRE EL CASO EN CUESTIÓN.

NOTA: COMO MÉDICO CERTIFICANTE O TRATANTE, AUTORIZO A LOS HOSPITALES Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD A LOS QUE HAYA ACUDIDO EL FINADO PARA TRATAMIENTO O DIAGNÓSTICO, QUE SE OTORGUEN A SEGUROS EL POTOSÍ, S.A. LO QUE REQUIERA, LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA EVOLUCIÓN DE SU SALUD, INCLUSIVE TODOS LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES Y RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE. PARA TAL EFECTO, EN ESTE CASO RELEVO A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS DEL SECRETO PROFESIONAL Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL.

DATOS DEL MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO:		
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:
TELÉFONO(S):	CERTIFICADO DEL CONSEJO DE ESPECIALIDAD:	CÉDULA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES:
CÉDULA DE ESPECIALIDAD:	FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	
R.F.C.:		
LUGAR DE ATENCIÓN:		
FECHA:		



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

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

**SEGUROS
EL POTOSI**

AVISO IMPORTANTE

ANTES DE PROCEDER A LLENAR ESTA DECLARACIÓN, ROGAMOS LEAN CON ATENCIÓN Y CUMPLAN ESTRICTAMENTE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES ESPECIALES, TENIENDO CUIDADO DE REVISAR QUE TODAS LAS PREGUNTAS HAYAN SIDO CORRECTAMENTE CONTESTADAS.

INSTRUCCIONES ESPECIALES

LA DECLARACIÓN DEBE HACERLA UNA PERSONA LEGALMENTE CAPACITADA, QUE HAYA CONOCIDO AL ASEGURADO, QUE NO TENGA INTERÉS ALGUNO EN LA RECLAMACIÓN Y QUE ESTÉ DISPUESTA A AMPLIAR SU TESTIMONIO, EN CASO DE SER NECESARIO, ANTE LA ASEGURADORA.

ESTE FORMATO DEBERÁ SER LLENADO CON LETRA DE MOLDE Y LAS PREGUNTAS DEBERÁN SER CONTESTADAS DE MANERA CLARA Y PRECISA. SERÁ NECESARIO QUE DOS PERSONAS LLENEN CADA UNA LA DECLARACIÓN DE TESTIGOS.

GENERALES DEL TESTIGO

NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

FECHA:

DÍA MES AÑO

FIRMA:

I. DATOS GENERALES DEL FINADO

NOMBRE COMPLETO DEL FINADO:

DOMICILIO:

OCUPACIÓN:

II. ANTECEDENTES

¿CUÁNTO TIEMPO CONOCIÓ AL FINADO?

TIPO DE RELACIÓN QUE TENÍA CON EL FINADO:

INDIQUE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL FINADO:

CAUSAS DE LA MUERTE:

NOMBRE:

TELÉFONO:

NOMBRE:

TELÉFONO:

VIO USTED EL CADÁVER:

SI NO

¿LE CONSTA QUE EL CADÁVER DE LA PERSONA ASEGURADA ES LA IDENTIFICADA POR USTED COMO FALLECIDA CON EL NOMBRE Y APELLIDO ARRIBA INDICADOS? SI NO

LUGAR Y FECHA DE LA INHUMACIÓN / CREMACIÓN:

FECHA DE LA DEFUNCIÓN:

DÍA

MES

AÑO

SI LA MUERTE FUE VIOLENTA INDIQUE QUÉ AUTORIDAD TOMÓ CONOCIMIENTO DEL HECHO:



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

SP-059

INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL PARA EL TRÁMITE DE UN SINIESTRO DE VIDA

**SEGUROS
EL POTOSI**

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) Si algún beneficiario fuera menor de edad, deberá firmar la solicitud de pago el padre, la madre o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad previo documento legal que así lo acredite.
- B) En caso de que los beneficiarios nombrados hayan fallecido antes que el asegurado y éste no hizo nueva designación, la suma asegurada se pagará a los herederos legales del asegurado, por lo que será necesario la exhibición en copia certificada del nombramiento de heredero o cargo de la albacea.
- C) Cuando la póliza se pague a los herederos legales del asegurado, el albacea deberá acreditar su nombramiento, así como la aceptación y protesta del cargo conferido.
- D) En caso de que algún beneficiario 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).
- E) En caso de que el beneficiario o a quien ceda el derecho de la póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o no pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y en su caso, que dos personas firmen a su ruego como testigos.

“Hacemos constar que en nuestra presencia el beneficiario 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”.

- F) En los seguros de grupo, en caso de no existir consentimiento con designación de beneficiarios firmada por el asegurado, será necesario tramitar juicio sucesorio y presentar a la compañía aseguradora copia certificada de la declaratoria de herederos y la aceptación del cargo de albacea.

Nombre completo del beneficiario

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)):					
DOMICILIO PARTICULAR					
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:

DEL ASEGURADO O CONTRATANTE				
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?	_____	
APODERADO	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.