



Formato Único de Reclamación - Siniestro Finiquito

Reclamante Asegurado Beneficiario Tipo de Reclamación: Inicial Complemento: Fecha de Reclamo / /

Asegurado o Titular de la Póliza

Nombre Completo del Asegurado

Dirección Calle y Número Colonia Ciudad

C.P. Delegación o Municipio Nacionalidad País de Nacimiento

Fecha de Nacimiento / / Teléfono Celular Correo Electrónico

Cobertura Reclamada

Fallecimiento Incapacidad Total Temporal Incapacidad Total Permanente Robo *Nota: Será necesario llenar un formato por cada beneficiario designado.*

Desempleo Involuntario Infarto al miocardio // Diagnostico de Cáncer Nacimiento de un hijo Fallecimiento de un familiar

Datos para la indemnización (En caso de ser Procedente su reclamo)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO

CUENTA **CLABE** **SUCURSAL** **BANCO**

Nota: Es necesario anexar al presente reclamo copia del estado de cuenta donde se refleje cuenta CLABE.

Describe como ocurrió el Siniestro:

Fecha de Siniestro: / /

Nombre y Firma del Asegurado, Beneficiario y/o Contratante
(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Declaro que la información aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo. En términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro 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 y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada. En caso de ser procedente el presente reclamo, es mi deseo que el importe correspondiente sea depositado en la cuenta bancaria antes señalada; por lo que habiendo cumplido Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. y/o Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V. con la obligación de pago derivada del presente reclamo y conforme a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, en este acto, otorgo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho exista, no reservándome acción o derecho alguno en contra de Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. v/o Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V..

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. y/o Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V., (en lo sucesivo y conjuntamente "Cardif"), con domicilio en Avenida Paseo de las Palmas, 425, piso 5, colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F., le informa que los datos personales recabados, serán protegidos de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás regulación aplicable.

El tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad, de forma enunciativa más no limitativa, de analizar las circunstancias relacionadas con el siniestro que se reclama, así como cumplir con las obligaciones legales que le deriven a Cardif, para lo cual recabaremos datos de identificación, datos personales sensibles en términos de la ley antes referida y datos financieros y patrimoniales. Para consultar el aviso de privacidad completo, por favor ingrese a <http://www.bnpparibascardif.com.mx/esp/2386/aviso-privacidad.html>

Consentimiento

Por este medio autorizo a Cardif para tratar y en su caso transferir los datos personales, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para realizar encuestas de satisfacción respecto de los servicios proporcionados por Cardif.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Cardif y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad

1 2 3 4 5

(PARA USO EXCLUSIVO DE MESA DE CONTROL)

Aviso de privacidad:



Nombre y Firma
(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Documentación Requerida para Atención de Siniestros

Nota: En todos los casos de reclamación invariablemente es necesario anexar al presente formato:

- Copia de póliza del Seguro de Vida (Consentimiento), en caso de Fallecimiento se requiere (ORIGINAL)
- Copia de Identificación Oficial vigente con fotografía y firma del ASEGURADO Y BENEFICIARIO (S) (IFE, Pasaporte y/o Cédula Profesional, // Formato FM2/FM3 "Si aplica")
- Copia de la Orden de Venta (Tienda)
- Copia de Comprobante de CURP o RFC del Beneficiario
- Copia de Comprobante de domicilio reciente del Beneficiario
- Carta de Banco en original donde se detalle: características de disposición (No. de crédito-Tarjeta Metacard- Fecha de disposición Monto de disposición, saldo, status de cuenta, pagos cubiertos y faltantes a la fecha del evento, según formato proporcionado.)
- Copia del estado de cuenta bancario que refleje la cuenta CLABE a la cual se realizara la indemnización

Robo // Menaje de Casa

- Original del Acta (Denuncia por ROBO) presentada ante el Ministerio Público
Las copias certificadas deberán contener la denuncia y en su caso, su ampliación y ratificación de la denuncia.

Fallecimiento // Fallecimiento de un familiar

- Copia del Certificado de defunción del Asegurado // Familiar asegurado (documento expedido por médico que da fé del fallecimiento)
- Original del Acta de Defunción del Asegurado // Familiar asegurado
- Original del Acta de Nacimiento del asegurado // Familiar asegurado.
- En caso de muerte violenta (accidental u homicidio), Copias certificadas de Averiguaciones Previas, Diligencias Ministeriales completas, Identificación del cadáver así como necropsia de Ley las cuales determinen cómo ocurrieron los hechos que ocasionaron la muerte del asegurado // familiar asegurado.

Nacimiento de un hijo

- Acta de Nacimiento, de acuerdo a la legislación de los Estados Unidos Mexicanos.
- Copia del certificado de alumbramiento.

Invalidez Total Permanente

- Original o copia certificada del Acta de Nacimiento del asegurado
- Original de Dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido (ST-4 por IMSS o equivalente ISSSTE), Original o copia certificada del Dictamen emitido por médico especialista respecto a la causa de la Invalidez Total

NOTA: La Aseguradora podrá solicitar pruebas médicas adicionales para valorar el estado de Invalidez Permanente.

Invalidez Total Temporal

- Original o copia certificada del Dictamen emitido por médico especialista respecto a la causa que originó la Invalidez temporal.

Desempleo Involuntario

- Original de Constancia de baja del IMSS, ISSTE, etc...
- Original de últimos 3 recibos de nómina
- Copia del contrato laboral o Carta (original, membretada) de empresa que mencione antigüedad laboral y Causa o Motivo de Despido)
- Original del Finiquito donde se dé constancia de la liquidación hecha por ley al empleado.
- En caso de despido involuntario sin liquidación, se deberá presentar (**Original del Laudo Arbitral**) en el que se declare que no hubo justificación para el despido y/o convenio elevado al laudo ejecutoriado en el que se reconozca la justificación del despido.

Infarto al miocardio // Diagnostico de Cáncer

- Informe Médico, debidamente requisitado y firmado por Médico especialista
- Resumen clínico donde se detalle fechas de diagnóstico, periodos de evolución y tratamiento de las enfermedades padecidas por el asegurado (a)
- Copia de los estudios de gabinete o Laboratorio realizados al asegurado donde se confirme el diagnostico.