

Formato de Reclamación por Fallecimiento

INSTRUCCIONES ESPECIALES

1. El formato debe ser contestado y firmado personalmente por el (los) beneficiario(s) o representantes legales a quienes debe pagarse el seguro (sección I – VII), así como por el médico que certifique el fallecimiento (sección VIII - X). En caso de existir varios beneficiarios, se deberá presentar un solo formato firmado por todos los beneficiarios.
2. El formato de reclamación deberá ir acompañado de una copia de los siguientes documentos y en su caso, los que apliquen según el resto de las instrucciones.
 - Identificación oficial vigente del asegurado finado por ambos lados (IFE, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de SMN)
 - Comprobante de domicilio del asegurado finado, no mayor a tres meses. Únicamente cuando el domicilio sea diferente al de la identificación oficial del asegurado o cuando ésta no lo contenga
 - CURP y/o Cédula del RFC del (los) beneficiario (s) (cuando cuente con ellas)
 - Identificación oficial del (los) beneficiario(s) por ambos lados (IFE, pasaporte o cartilla de SMN)
 - Comprobante de domicilio del (los) beneficiario (s), no mayor a tres meses. Únicamente cuando el domicilio sea diferente al de la identificación oficial o cuando ésta no lo contenga
 - Copia certificada del acta de defunción
 - En caso que la muerte se produzca por accidente, se presentarán copias certificadas de las actuaciones practicadas por el Ministerio Público, entre las que se deberá incluir el certificado médico forense
3. Cuando la póliza deba pagarse a los representantes legales del asegurado o beneficiarios, éstos deberán acreditar fehacientemente su nombramiento debiendo presentar la siguiente documentación: original de la carta poder o copia certificada del testimonio notarial, identificación oficial vigente por ambos lados y comprobante de domicilio no mayor a tres meses Únicamente cuando el domicilio sea diferente al de la identificación oficial o no lo contenga, y en su caso con copia certificada de las constancias respectivas del juicio sucesorio correspondiente
4. En caso de que el beneficiario de la póliza que reclame el pago del seguro no sepa leer, por separado deberá expresarse esta circunstancia e imprimir su huella digital y firmar a su riesgo otra persona, misma que deberá suscribirse por dos testigos (sección VII).
5. Cuando la póliza deba pagarse a un menor de edad, la declaración deberá ser hecha por su representante legal, quien deberá justificar su carácter con el testimonio o copia certificada del instrumento que contenga sus poderes.
6. En caso de que los herederos legales de un beneficiario que haya fallecido reclamen el pago de la póliza deberá(n) justificar el fallecimiento del beneficiario, exhibiendo copia certificada del acta de defunción.
7. Si el importe total o parcial de una póliza debe pagarse a los hijos habidos en el matrimonio con _____, deberá rendirse una información testimonial ante los tribunales competentes sobre las fechas de nacimiento y nombres de los hijos del asegurado, (debe incluir que no hay más hijos que no se mencionen en la testimonial) y exhibirse a la compañía copia certificada de dicha información y de las actas de nacimiento de cada uno de ellos. Si alguno de "los hijos" hubiere fallecido deberá presentarse copia del acta de defunción.
8. Secciones VIII – IX: la causa del fallecimiento determinará cuál de estas secciones deberá ser llenada por el médico que atendió al finado. La sección IX deberá ser llenada si el fallecimiento fue a causa de enfermedad y la sección VIII si el fallecimiento fue a causa de muerte violenta o accidental.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Una vez que haya completado este formato de reclamación, por favor envíelo por cualquiera de los siguientes medios:

Teléfono de contacto: 01 800 386 0600

Horario de atención: 09:00 a.m. a 06:00 p.m. de Lunes a Viernes

Fax: 01 800 822 8095

Correo electrónico: atencionasegurados@genworth.com

Para cualquier duda o aclaración comuníquese a los teléfonos antes mencionados donde con gusto lo atenderemos.



DECLARACIONES

Todas las preguntas que contienen estas declaraciones deberán ser contestadas en forma clara y precisa, Genworth Seguros Vida, SA de CV se reserva el derecho de exigir información adicional si lo considera necesario. Al firmar la presente reclamación acepto que toda la información aquí asentada es correcta y verdadera, de no serlo reconozco que la compañía aseguradora podrá retirar todos mis derechos sobre la póliza.

En términos del artículo 69 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.

Acepto que la entrega de este formato no significa que automáticamente se haya aceptado la reclamación. Manifiesto mi consentimiento para que todos mis datos personales proporcionados sean utilizados para la operación y fines de este contrato de seguro y sean tratados de conformidad con lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y de la reglamentación aplicable.

A través del presente libero al banco, institución financiera o casa comercial de la confidencialidad que le impone el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito respecto de cualquier tipo de información relativa a los consumos, operaciones y transacciones relacionadas con la reclamación de pago de suma asegurada que a través del presente realizo a la aseguradora; asimismo, autorizo de forma irrevocable al banco, institución financiera o casa comercial para proporcionar a la aseguradora cualquier tipo de información que ésta le solicite y esté relacionada con la cobertura reclamada.

Autorizo a médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios y/o establecimientos en los que fue atendido a que proporcionen al personal designado por GENWORTH SEGUROS VIDA SA DE CV (la ASEGURADORA) todos los informes que se refieran a la salud. Incluyendo los datos de padecimientos anteriores, para lo cual libero a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional derivado de la información otorgada.

Autorizo a Genworth Seguros Daños, S.A. de C.V. ("Genworth Daños") a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros (los "Datos Personales") para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad de Genworth Daños, (el "Aviso") cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición. En caso de haber proporcionado Datos Personales de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales Datos Personales a Genworth Daños y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el Aviso.

FINIQUITO SUJETO A CONDICIÓN SUSPENSIVA: Con la suscripción del presente documento otorgo a GENWORTH SEGUROS VIDA, S.A. DE C.V., (la ASEGURADORA) el más amplio y completo finiquito que en derecho exista respecto del pago que se me efectúe si la reclamación que realizo fuese procedente. Este finiquito surtirá efectos a partir del momento en que efectivamente la compañía de seguros me realice el pago de la indemnización.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE LLENÓ EL FORMATO

INSTRUCCIONES DE PAGO (Marque una de las siguientes opciones)

En caso de ser procedente la reclamación, manifiesto mi consentimiento para el pago se realice bajo la siguiente opción y ratifico que la cuenta se encuentra a mi nombre:

DEPOSITO A MI TARJETA DE CRÉDITO

(16 DIGITOS)

BANCO EMISOR

DEPOSITO A MI CUENTA DE CHEQUES O AHORRO

CLABE (18 DÍGITOS)

BANCO EMISOR

Esta opción solo aplica si no se tiene alguna de las dos opciones anteriores:

DEPOSITO REFERENCIADO POR COBRO EN SUCURSAL. EN CASO DE HABER SELECCIONADO ESTA OPCIÓN LA COMPAÑÍA ASEGURADORA LE HARA LLEGAR UN NUMERO DE REFERENCIA PARA QUE ACUDA A LA SUCURSAL MAS CERCANA CON UNA IDENTIFICACION OFICIAL A FIN DE HACER EFECTIVO EL COBRO DE LA INDEMNIZACIÓN

SECCIÓN I – DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDOS COMPLETOS Y NOMBRE (S)		SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
		DÍA	MES
		AÑO	
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, NO EXT. /INT. COLONIA, CP, DELEGACIÓN O MUNICIPIO)		POBLACIÓN O CIUDAD	ESTADO, PAÍS
OCUPACIÓN O PROFESIÓN	ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO	NOMBRE DE LA EMPRESA O PATRÓN Y GIRO	

SECCIÓN II – DATOS DEL CRÉDITO OBJETO DEL SEGURO

NO. DE CRÉDITO	FECHA DE APERTURA		
	DÍA	MES	AÑO
TITULAR DEL CRÉDITO			
APELLIDOS COMPLETOS		NOMBRE(S)	

SECCIÓN III – DATOS DEL FALLECIMIENTO

LUGAR DEL FALLECIMIENTO	FECHA FALLECIMIENTO			HORA
	DÍA	MES	AÑO	
EL FALLECIMIENTO FUE EN	<input type="checkbox"/> DOMICILIO PARTICULAR	<input type="checkbox"/> LUGAR DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	
	<input type="checkbox"/> VÍA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> CARRETERA	<input type="checkbox"/> OTRO	

SECCIÓN IV – EN CASO DE MUERTE VIOLENTA

AUTORIDADES QUE TOMARON CONOCIMIENTO:	NO. DE ACTA DEL MINISTERIO PÚBLICO:
¿TOMÓ CONOCIMIENTO LA POLICÍA FEDERAL DE CAMINOS?	¿QUIÉN IDENTIFICÓ EL CADÁVER?

SECCIÓN V – BENEFICIARIOS

APELLIDOS COMPLETOS Y NOMBRE(S):							
PARENTESCO (PARA IDENTIFICACIÓN):							
FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA:	MES:	AÑO:	AÑOS CUMPLIDOS:			
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, NO EXT. /INT, COLONIA)				CIUDAD O POBLACIÓN			
DELEGACIÓN O MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	CP	NACIONALIDAD	OCUPACIÓN O PROFESIÓN			
TELÉFONO		TELÉFONO					
LADA	NÚMERO	LADA	NÚMERO	FIRMA			

APELLIDOS COMPLETOS Y NOMBRE(S):							
PARENTESCO (PARA IDENTIFICACIÓN):							
FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA:	MES:	AÑO:	AÑOS CUMPLIDOS:			
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, NO EXT. /INT, COLONIA)				CIUDAD			
DELEGACIÓN O MUNICIPIO Y C.P.		NACIONALIDAD			OCUPACIÓN		
TELÉFONO		TELÉFONO					
LADA	NÚMERO	LADA	NÚMERO	FIRMA			

APELLIDOS COMPLETOS Y NOMBRE(S):							
PARENTESCO (PARA IDENTIFICACIÓN):							
FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA:	MES:	AÑO:	AÑOS CUMPLIDOS:			
DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, NO EXT. /INT, COLONIA)				CIUDAD			
DELEGACIÓN O MUNICIPIO Y C.P.		NACIONALIDAD			OCUPACIÓN		
TELÉFONO		TELÉFONO					
LADA	NÚMERO	LADA	NÚMERO	FIRMA			

SECCIÓN VI – DATOS DE LA PERSONA QUE LLENÓ EL FORMATO

APELLIDOS COMPLETOS Y NOMBRE (S)							
DIRECCIÓN							
TELÉFONOS CON CLAVE DE LARGA DISTANCIA		LADA	NUMERO				
FECHADO EN:	A	DE	DE	FIRMA			
CIUDAD, ESTADO	DÍA	MES	AÑO				

SECCIÓN VII – CONSTANCIA TESTIGOS. NO DEBERÁN SER FAMILIARES DE LOS BENEFICIARIOS*Llene sólo en caso de que el beneficiario de la póliza que reclame el pago del seguro no sepa leer*

HACEMOS CONSTAR QUE EN NUESTRA PRESENCIA _____ 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	
APELLIDOS COMPLETOS Y NOMBRE (S)	
DIRECCIÓN	
TELÉFONOS CON CLAVE DE LARGA DISTANCIA	LADA () NÚMERO
FIRMA	
APELLIDOS COMPLETOS Y NOMBRE (S)	
DIRECCIÓN	
TELÉFONOS CON CLAVE DE LARGA DISTANCIA	LADA () NÚMERO
FIRMA	

SECCIÓN VIII**MÉDICO TRATANTE (PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE O QUE CERTIFICA EL FALLECIMIENTO POR MUERTE VIOLENTA)**

NOMBRE DEL MÉDICO QUE PRACTICÓ LA AUTOPSIA		HORA:		EN SU OPINIÓN ¿LAS LESIONES CORRESPONDEN A LOS HECHOS RELATADOS EN LAS ACTUACIONES?	
FECHA				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
DÍA:	MES:	AÑO:			
A SU JUICIO, LA MUERTE SE DEBIÓ A <input type="checkbox"/> HOMICIDIO <input type="checkbox"/> SUICIDIO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> OTRAS					
ESPECIFIQUE:					
HUBO ALGÚN SIGNO DE INTOXICACIÓN EN EL CADÁVER? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ESPECIFIQUE					
¿SE ORDENÓ ALGÚN ESTUDIO TOXICOLÓGICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ESPECIFIQUE					
DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICA					
APELLIDOS COMPLETOS Y NOMBRE (S) DEL MÉDICO QUE CERTIFICA		CÉDULA PROFESIONAL			
ESPECIALIDAD					
DIRECCIÓN					
TELÉFONOS CON CLAVE DE LARGA DISTANCIA					
FECHADO EN:	CIUDAD, ESTADO	A	DÍA	DE	MES
				DE	AÑO
					FIRMA

SECCIÓN IX**MÉDICO TRATANTE (PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE O QUE CERTIFICA EL FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD)**

FECHA EN QUE ATENDIÓ POR PRIMERA VEZ AL FINADO:		DIAGNÓSTICO EN ESA FECHA:	
EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO:			
FECHA EN QUE USTED FUE CONSULTADO POR PRIMERA VEZ PARA ATENDER AL FINADO DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE LE CAUSÓ LA MUERTE:			
SINTOMAS INICIALES:			
MENCIONE LOS RESULTADOS Y FECHAS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE U OTROS CON MOTIVO DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE CAUSÓ EL FALLECIMIENTO			
FECHA INICIO SÍNTOMAS		FECHA DE DIAGNÓSTICO	
DÍA:	MES:	AÑO:	
DÍA:	MES:	AÑO:	
TRATAMIENTO			
EVOLUCIÓN			
¿CUÁL FUE LA ENFERMEDAD O CAUSA QUE PRODUJO LA MUERTE?			
DURACIÓN:			
OTRAS ENFERMEDADES O CAUSAS QUE ESTUVIERON RELACIONADAS CON LA MUERTE:	1.	DURACIÓN:	
	2.	DURACIÓN:	
	3.	DURACIÓN:	
OTRAS ENFERMEDADES O CAUSAS QUE NO ESTUVIERON RELACIONADAS CON LA MUERTE:	1.	DURACIÓN:	
	2.	DURACIÓN:	
	3.	DURACIÓN:	
OTRAS MÉDICOS QUE INTERVINIERON EN EL TRATAMIENTO DEL FINADO:			
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	DOMICILIO	TELÉFONOS	
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	DOMICILIO	TELÉFONOS	
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	DOMICILIO	TELÉFONOS	

SECCIÓN X – DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICA

APELLIDOS COMPLETOS Y NOMBRE (S) DEL MÉDICO QUE CERTIFICA		CÉDULA PROFESIONAL			
ESPECIALIDAD					
DIRECCIÓN					
TELÉFONOS CON CLAVE DE LARGA DISTANCIA					
FECHADO EN:	CIUDAD, ESTADO	A	DÍA	DE	MES
				DE	AÑO
					FIRMA