

Formato de Reclamación Eventos de Vida

Número de Tarjeta de Crédito

(use únicamente tinta negra y letra de molde)



INFORMACIÓN IMPORTANTE

Una vez que haya completado este formato de reclamación, por favor envíelo junto con la documentación probatoria por cualquiera de los siguientes medios:

- Correo electrónico: atencionasegurados@genworth.com
- Fax: 01800 822 8095

Para cualquier duda o aclaración comuníquese al 01800 386 0600 de lunes a viernes de 9am a 6pm donde con gusto lo atenderemos

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	
Calle y Número	Colonia		
Delegación o Municipio	Estado	Código Postal	
Ciudad o Población	Ocupación o Profesión	Actividad o Giro del Negocio	Nacionalidad
Teléfonos con Clave de Larga Distancia			
Casa (LADA)	Móvil (LADA)	Otros (LADA)	
Fecha de Nacimiento	Correo Electrónico		
D D M M A A A A	_____ @ _____		

EVENTO RECLAMADO

- Nacimiento de un hijo Divorcio Fallecimiento de un familiar Titulación Mudanza Matrimonio

JUNTO CON SU FORMATO DE RECLAMACIÓN ENVÍE COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS ACTUALIZADOS (Marque los documentos enviados)

- Identificación oficial vigente del titular por ambos lados (IFE, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla de SMN)
- Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses. Únicamente cuando el domicilio sea diferente al de la identificación oficial o cuando ésta no contenga.
- CURP y/o Cédula de Identificación Fiscal – RFC (cuando el cliente cuente con ellas)
- Para Mudanza envíe:**
- Contrato de arrendamiento o compra venta del domicilio al que se muda
 - Factura de mudanza
 - Comprobante de domicilio anterior a nombre del asegurado con antigüedad de seis meses
- Para Fallecimiento de un Familiar envíe:**
- Acta de defunción
 - En caso de 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
 - Documento que compruebe el parentesco
- Para Divorcio envíe:**
- Acta de divorcio
- Para Titulación envíe:**
- Título o cédula profesional
- Para Nacimiento de un hijo envíe:**
- Acta de nacimiento
- Para Matrimonio envíe:**
- Acta de matrimonio

DECLARACIONES

- 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 terminarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.
- A través del presente libero al banco 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 o casa comercial para proporcionar a la aseguradora cualquier tipo de información que ésta le solicite y esté relacionada con la cobertura reclamada.
- Declaro que Genworth Seguros Vida, S.A. de C.V. ("Genworth Vida") previamente puso a mi disposición su Aviso de Privacidad (el "Aviso"). Conociendo su contenido, acepto que Genworth Vida trate y en su caso transfiera mis datos personales, incluyendo los datos financieros o patrimoniales y sensibles (en conjunto los "Datos") de conformidad con el Aviso. En caso que yo haya proporcionado Datos de otros titulares, me obligo a informarles con quien compartí dichos Datos y poner 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.
- 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 mi póliza. Acepto que la entrega de este formato no significa que automáticamente se haya aceptado la reclamación.

Fecha de llenado | D | D | M | M | A | A | A | A |

Firma del Asegurado _____