

Individual

Colectivo

Escolar

Corto plazo

Viajero

Datos del Asegurado

Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOClave (3 POSICIONES):				Número de certificado:	
CURP (18 POSICIONES):				Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):			Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Edad:
Estado civil:			Ocupación:		
Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión libre(a) <input type="checkbox"/>					

Domicilio del Asegurado

Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:	
Delegación / Municipio:	Estado:	C.P.:	Teléfono:	

Datos del Seguro

Nombre del Contratante:	Número de Póliza:	Número de subgrupo:
-------------------------	-------------------	---------------------

Beneficios a reclamar

Muerte accidental <input type="checkbox"/>	Indemnización diaria por accidente <input type="checkbox"/>
Gastos funerarios <input type="checkbox"/>	Reembolso de gastos médicos <input type="checkbox"/>
Pérdidas orgánicas <input type="checkbox"/>	

Documentación requerida

Todos los documentos deberán entregarse en original y copia certificada.

Seguros Ve por Más S.A. Grupo Financiero Ve por Más, se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional a los mencionados, cuando lo crea conveniente.

Muerte accidental y/o gastos funerarios	Pérdidas orgánicas	Indemnización diaria y/o reembolso de gastos médicos
<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio del Asegurado	<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio del Asegurado	<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio del Asegurado
<input type="checkbox"/> Identificación oficial del Asegurado	<input type="checkbox"/> Identificación oficial del Asegurado	<input type="checkbox"/> Identificación oficial del Asegurado
<input type="checkbox"/> Acta de defunción del Asegurado	<input type="checkbox"/> Dictamen del médico tratante	<input type="checkbox"/> Dictamen del médico tratante
<input type="checkbox"/> Acta levantada ante el Ministerio Público	<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del Asegurado	<input type="checkbox"/> Certificado individual del Seguro
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del Asegurado	<input type="checkbox"/> Certificado individual del Seguro	<input type="checkbox"/> Último comprobante de pago de la Póliza
<input type="checkbox"/> Acta de matrimonio del Asegurado	<input type="checkbox"/> Último comprobante de pago de la Póliza	<input type="checkbox"/> Factura o recibos de los gastos realizados
<input type="checkbox"/> Carta y dictamen del médico tratante		
<input type="checkbox"/> Certificado individual del Seguro		
<input type="checkbox"/> Último comprobante de pago de la Póliza		
<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio de los Beneficiarios		
<input type="checkbox"/> Identificación oficial de los Beneficiarios		
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento de los Beneficiarios		

Documentación adicional

Si al ocurrir el fallecimiento del Asegurado no había sido aún comprobada su edad por Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, el reclamante deberá comprobarla presentando el acta certificada de nacimiento.

En caso de muerte violenta por accidente, los interesados deberán facilitar los detalles completos del Siniestro, indicando si el finado recibió o no asistencia médica y, en su caso, deberán presentar a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, copia del acta levantada por las autoridades. Si el Beneficiario fuera menor de edad, deberán firmar la solicitud las personas que ejerzan la patria potestad. Cuando la Póliza debe pagarse a los herederos del Asegurados, la solicitud deberá ser firmada por el albacea, quien deberá presentar una copia certificada de su nombramiento por aceptación del cargo que así lo justifique.

Datos de los Beneficiarios

Nombre completo	Domicilio	Parentesco	Firma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Todos los Beneficiarios deberán presentar una identificación oficial con fotografía.

"Hacemos constar que en nuestra presencia _____ imprimió su huella digital, en virtud de no saber firmar, y después de entrarlo de las respuestas dadas a las preguntas en esta solicitud, manifestó expresamente su conformidad con ellas"

Nombre y firma Testigo 1

Nombre y firma Testigo 2

Huella digital de la persona que no sabe firmar

Datos del testigo de conocimiento del finado y hechos relacionados

Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombre(s):

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOCLOVE (3 POSICIONES):

Edad:

Sexo: M F

Domicilio del testigo de conocimiento del finado y hechos relacionados

Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:
Delegación / Municipio:	Estado:	C.P.:	Teléfono particular:
			Teléfono oficina:

Cuestionario realizado al testigo de conocimiento del finado y hechos relacionados

Deberá ser llenado, por una persona mayor de edad, que haya conocido íntimamente al finado y no tenga interés alguno en la reclamación.

1. ¿Cuánto tiempo conoció al finado?

2. ¿Qué tipo de relación sostenía con el finado?

3. Indique el nombre del(os) médico(s) que supo que lo atendieron

4. ¿Vio usted el cadáver?

5. ¿Le consta que el cadáver era el de la persona asegurada que falleció?

6. Indica la fecha (DD/MM/AAAA) y el lugar de inhumación

Todas las preguntas deberán ser contestadas en forma clara y precisa. Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, se reserva el derecho de exigir informes adicionales si lo considera conveniente. No es necesaria la intervención de terceras personas para el cobro de la Póliza de Seguro; en consecuencia deberá evitarse el pago de comisiones u honorarios, formulando la reclamación directamente a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

Anexar copia fotostática de identificación con fotografía del testigo. Hago constar que conozco a la(s) persona(s) que firma(n) arriba y en mi presencia, certificando que es (son) las mismas que usa(n) en todos sus documentos.

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

Nombre y firma Testigo

Datos del médico tratante

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):
Número de título:	Número de cédula:	

Domicilio del testigo de conocimiento del finado y hechos relacionados

Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:
Delegación / Municipio:	Estado:	C.P.:	Teléfono particular: Teléfono oficina:

Cuestionario médico sobre las causas de la muerte del Asegurado

Fecha de fallecimiento (DD/MM/AAAA):	Lugar de fallecimiento:
1. ¿El fallecimiento ocurrió en un hospital o sanatorio? En caso afirmativo indica el nombre	
2. La muerte fue causada por:	Intervalo aproximado entre el comienzo y la muerte
A) Causa que directamente produjo la muerte:	
B) Otros estados patológicos anteriores relacionados con el accidente que produjo la muerte:	
3. Indica cuáles fueron los síntomas iniciales y la fecha de los mismos	
4. Fecha de la primera consulta (DD/MM/AAAA):	Fecha de la última consulta (DD/MM/AAAA):
5. ¿Cuáles fueron los datos clínicos y la evolución?	
6. Menciona cuáles fueron los resultados de laboratorio y gabinete, si es que se realizaron	
7. ¿Fue sometido a algún tratamiento? En caso afirmativo indica cuál	
8. ¿Cuál fue el diagnóstico?	
9. ¿Qué tiempo hace que conoció usted al Asegurado?	
10. Describe detalladamente como ocurrió el accidente	
11. Menciona a la autoridad que tomó conocimiento	

Todas las preguntas deberán ser contestadas en forma clara y precisa. Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, se reserva el derecho de exigir informes adicionales si lo considera conveniente. No es necesaria la intervención de terceras personas para el cobro de la Póliza de Seguro; en consecuencia deberá evitarse el pago de comisiones u honorarios, formulando tu reclamación directamente a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

Siempre que la causa del fallecimiento haya motivado investigación judicial, deberá acompañarse copia certificada de las principales diligencias.

Cualquier omisión obligará a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más a devolver la presente solicitud con la consiguiente demora del trámite.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el (los) registro(s) número(s) _____ de la fecha _____".

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

Nombre y firma Testigo