

CARTA RECLAMACIÓN DEL BENEFICIARIO DE SINIESTRO

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. Póliza	No. de consentimiento-certificado	No. de socio o cliente	Tipo de siniestro Muerte <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/>	Fecha de solicitud
Datos del asegurado (todos los datos son obligatorios)				
Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s))				
Domicilio a la fecha del siniestro (calle, colonia, No.)				Ciudad
Estado	C.P.	Teléfono	Número de afiliación al IMSS, ISSSTE, u otro	
R.F.C.	CURP	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Datos del beneficiario (todos los datos son obligatorios)				
Nombre del beneficiario				
Monto reclamado por el beneficiario				
¿El beneficiario es persona políticamente expuesta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cargo		
Datos generales del siniestro				
Tipo de Muerte: Natural <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidental o Violenta <input type="checkbox"/>				Fecha de siniestro
Tipo de Invalidez: Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>				Lugar de siniestro
Detalle la causa que directamente produjo el siniestro:				
Documentación a entregar por tipo de siniestro				
En caso de Muerte			En caso de Invalidez	
Original del Consentimiento-Certificado Individual, en caso de contar con el.	<input type="checkbox"/>	Original del Consentimiento-Certificado Individual, en caso de contar con el.	<input type="checkbox"/>	
Original de cualquiera de los siguientes documentos: Certificado de defunción, Acta de defunción del asegurado	<input type="checkbox"/>	Copia del acta de nacimiento del asegurado.	<input type="checkbox"/>	
Copia del acta de nacimiento del asegurado.	<input type="checkbox"/>	Formato oficial de dictamen de invalidez: MT4-ST4 del IMSS o ISSSTE; o en su caso, formato original o copia certificada, del dictamen de invalidez expedido por la Institución Médica o de Salud que hubiera realizado la atención del asegurado.	<input type="checkbox"/>	
Copia simple de la identificación oficial vigente del Asegurado con fotografía y firma.	<input type="checkbox"/>	Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado.	<input type="checkbox"/>	
En caso de muerte accidental presentar una copia de la averiguación previa o copia del acta de la autoridad que hubiera tomado conocimiento del caso.	<input type="checkbox"/>	Presentar una copia de la averiguación previa o copia del acta de la autoridad que hubiera tomado conocimiento del accidente que provocó la invalidez.	<input type="checkbox"/>	
Solo para el beneficiario preferente: Original del estado de cuenta del crédito y/o Carta Notificación cotejado por Caja Gonzalo Vega, donde aparezca el saldo insoluto a la fecha del fallecimiento del asegurado.	<input type="checkbox"/>	Solo para el beneficiario preferente: Original del estado de cuenta del crédito y/o Carta Notificación cotejado por Caja Gonzalo Vega, donde aparezca el saldo insoluto a la fecha del dictamen de la Invalidez Total y Permanente derivada de un Accidente.	<input type="checkbox"/>	
Solo para el beneficiario preferente: Original del pagaré, según sea el caso.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Lugar y fecha de recepción (sucursal):		
Nombre y firma de la persona que recibe	Tel. oficina	Correo electrónico
Firma beneficiario preferente (representante legal)	Firma beneficiario persona física	

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 01/09/2015, con el número CNSF-S0023-0399-2015.”