

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

Asegurado Fallecido

Nombre				Apellido Paterno				Apellido Materno			
Dirección Calle y Número				Colonia				Estado o Entidad Federativa			
C.P.		Delegación o Municipio		Nacionalidad		País de Residencia		Póliza			
Fecha de Nacimiento		Teléfono de Contacto		Celular		Correo Electrónico					
RFC / CURP (Opcional)				FIEL (Opcional)				Ocupación			

Beneficiario

Nombre				Apellido Paterno				Apellido Materno			
Dirección Calle y Número				Colonia				Estado o Entidad Federativa			
C.P.		Delegación o Municipio		Nacionalidad		País de Residencia					
Fecha de Nacimiento		Teléfono de Contacto		Celular		Correo electrónico					
RFC / CURP (Opcional)				FIEL (Opcional)				Ocupación			

Cobertura Reclamada

Fallecimiento o Gastos Funerarios (según aplique)

Con la firma del presente documento acepto que, en caso de ser procedente la reclamación antes descrita, el pago correspondiente sea realizado por la Compañía por medio de transferencia bancaria antes señalada, de la cual declaro ser titular o cotitular firmando en ella de forma independiente (no mancomunada);, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, por lo cual, una vez realizado el cobro reconozco y acepto que Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. ha cumplido con su obligación de pago derivada del presente reclamo y conforme a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, por lo que, 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.

"A fin de realizar el pago por transferencia, es necesario que anexe al presente formato, copia del estado de cuenta donde se refleje el número de cuenta y cuenta CLABE antes señalado."

Firma del Beneficiario

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Fecha de Fallecimiento / /

Vigencia de Certificado de la Póliza

Fecha Inicio vigencia / / Fecha Término de vigencia / /

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.

Datos para el pago de la suma asegurada por medio de Transferencia

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA CUENTA											
NÚMERO DE CUENTA			CLABE			SUCURSAL			BANCO		

Aviso de Privacidad

"Cardif México Seguros de Vida S.A. de C.V., ubicada en Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P, 11520, CDMX le informa que es la responsable del tratamiento y protección de sus datos personales y datos personales financieros, los cuales son recabados para cumplir con las siguientes finalidades:

1) Identificarlo como cliente/beneficiario, 2) Brindarle el servicio del seguro contratado. Para mayor información sobre el tratamiento de sus datos personales y ejercicio de sus derechos, conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento, usted puede acceder a www.bnpparibascardif.com.mx a la sección Aviso de Privacidad."

Datos para el envío de Documentación de su Reclamación

Nota: La Documentación deberá ser enviada a Mesa de Control

Horario de recepción de documentación de Siniestros:
08:30 a 18:30 hrs. de Lunes a Jueves / Viernes de 08:30 a 14:30

Contacto Tel: 800 9530 424
Mail:mesadecontrol@cardif.com.mx



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

Avenida Ejército Nacional 453 piso 10, colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX.

Nombre y Firma

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Documentación Requerida para Atención de Siniestros

El(los) Beneficiario(s) Predeterminado(s), deberá(n) presentar a la Compañía los siguientes documentos:

- 1.-Acta de Defunción certificada del Asegurado fallecido, o documento legal que corresponda en el país en que esté ubicado el Migrante.
- 2.- Identificación oficial vigente del Beneficiario expedida en la República Mexicana (INE, Pasaporte, Cédula Profesional y/o Matrícula Consular Vigente).
- 3.- Identificación oficial vigente del asegurado fallecido (INE, Pasaporte, Cédula Profesional y/o Matrícula Consular Vigente).
- 4.- Copia del comprobante de domicilio del asegurado y copia del comprobante de domicilio del (los) beneficiario(s) (Con antigüedad no mayor a 3 meses)
- 5.- Carátula del estado de cuenta bancario que contenga CLABE interbancaria con antigüedad no mayor a 3 meses.

Nota: La aseguradora puede solicitar cualquier otra información o documentación, relacionada con los hechos del siniestro, las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

1 2 3 4 5

(PARA USO EXCLUSIVO DE MESA DE CONTROL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

