DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN POR INVALIDEZ Y / O PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Para efectos de estar en condiciones de valorar y atender adecuadamente toda reclamación por concepto de pago de la cobertura por invalidez total y permanente y/o pérdidas orgánicas contratada en su póliza de vida, será necesario presentar a esta institución en cualquiera de sus oficinas, la siguiente documentación:

Documentación mínima general a presentar para el trámite de pago de la cobertura

1 Solicitud de reclamación de pago por invalidez total y permanente y/o pérdidas orgánicas, la cual deberá ser requisitada en su totalidad por el asegurado.
2 Cuestionario médico (el cual debe ser contestado de puño y letra por el médico tratante).
3 Información de carácter general para el trámite de una reclamación por invalidez y/o pérdidas orgánicas.
4 Formato de conoce a tu cliente (debe ser llenado por el beneficiario).
5 Acta de nacimiento (original o copia certificada).
6 Identificación oficial vigente a la fecha de presentación donde aparezca foto y firma del asegurado (credencial de elector, pasaporte, cartilla del servicio militar, cédula profesional).
7 Dictamen oficial de invalidez (IMSS, ISSSTE, SSA) o resumen clínico emitido por la institución que determinó la invalidez, en caso de no contar con la atención médica de seguridad social.
8 Estudios de laboratorio y gabinete realizados (radiografías, resonancia magnética, tomografía, ultrasonido, etc.).
9 Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.
10 Actuaciones del ministerio público certificadas en caso de que la invalidez o pérdida orgánica haya sido consecutiva a un accidente.

Para pólizas de seguro de vida individual, además de los puntos arriba señalados del 1 al 10, será necesario anexar a su reclamación:

11 Original de póliza de seguro.
12 Último recibo de pago de su póliza (en original).

Para las pólizas de seguro de grupo y colectivo, además de los puntos arriba señalados del 1 al 10, será necesario anexar a su reclamación:

13 Certificado y/o consentimiento original y firmado por el asegurado.
14 Últimos 3 recibos originales de nómina y aviso de modificación al salario ante el IMSS o ISSSTE.
15 Carta de la empresa notificando la reclamación.

Para pólizas de seguro colectivo de deudores, además de los puntos arriba señalados del 1 al 10, será necesario anexar a su reclamación:

16 El contrato del crédito otorgado (copia certificada).
17 Estado de cuenta que refleje el saldo insoluto a la fecha del dictamen del estado de invalidez total y permanente.
18 Carta del contratante certificando el saldo a pagar.

Nota: La compañía se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 69 de la ley sobre el contrato de seguro.

La prontitud con que demos trámite a su reclamación, en mucho depende de la oportuna y correcta presentación de la misma.

INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN POR INVALIDEZ Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS

SEGUROS EL POTOSI

Estimado cliente:

Con el afán de brindarle el mejor servicio, le agradeceremos leer esta página de información general y que al presentar su reclamación, verifique que se cumpla con todos los documentos que se mencionan para evitar demoras en el pago.

Todos los trámites relacionados con el pago de su reclamación son gratuitos.

A) En caso de que el asegurado se encuentre médicamente imposibilitado para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo tenga bajo su cuidado tramite en juicio de interdicción, lo presente a la compañía incluyendo historia clínica y estudios practicados con carácter devolutivo, firme la solicitud de reclamación y anexe copia simple de su identificación (credencial de elector o pasaporte o cédula profesional por ambos lados).

B) En caso de que el asegurado no sepa o pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y que dos personas firmen a su ruego como testigos.

"Hacemos constar que en nuestra presencia el asegurado con nombre _____ _____ 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".

_____
Nombre completo del asegurado

_____
Firma y/o huella

_____
Nombre completo testigo 1

_____
Nombre completo testigo 2

_____
Firma y/o huella

_____
Firma y/o huella

SOLICITUD DE RECLAMACIÓN POR INVALIDEZ Y / O PÉRDIDAS ORGÁNICAS

SEGUROS EL POTOSI

LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERÁN SER PROPORCIONADOS POR EL ASEGURADO O PERSONA QUE ESTÉ A SU CUIDADO.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PÓLIZA

NOMBRE DEL CONTRATANTE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

No. DE PÓLIZA (S):	TIPO DE SEGURO: INDIVIDUAL ☐ GRUPO ☐ COLECTIVO ☐	No. DE CERTIFICADO:

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

SEXO: F ☐ M ☐	EDAD:	ESTADO CIVIL:	NACIONALIDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DE NACIMIENTO:	R.F.C.:	CURP:
DOMICILIO (Calle, No., Colonia):		C.P.:	DELEGACIÓN:
MUNICIPIO:	CIUDAD:		TELÉFONO:

NOMBRE DE LA EMPRESA O PATRÓN DONDE LABORA:

ACTIVIDAD O GIRO DE LA EMPRESA:	RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL (IMSS, ISSSTE, SSA, ETC.):
NÚMERO DE AFILIACIÓN:	¿COBRA ACTUALMENTE ALGUNA PENSIÓN POR INVALIDEZ?: SI ☐ NO ☐

INDICAR A PARTIR DE QUÉ FECHA COBRA DICHA INVALIDEZ:	¿CUENTA CON OTROS SEGUROS DE VIDA? SI ☐ NO ☐	CON QUÉ COMPAÑÍAS:

OCUPACIÓN HABITUAL A LA FECHA DE LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA:	OCUPACIÓN HABITUAL A LA FECHA DEL DICTAMEN Y / O INICIO DE SU INVALIDEZ:

INDICAR EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LOS MÉDICOS QUE LO ATENDIERON O HAN ATENDIDO: AL MENOS DOS

MENCIONE SI SUFRE DE OTRAS ENFERMEDADES O LESIONES AÚN Y CUANDO ESTOS NO TENGAN RELACIÓN CON EL PADECIMIENTO QUE ORIGINO LA RECLAMACIÓN:

¿CUÁLES?	DESDE CUÁNDO:

EN CASO DE HABER REQUERIDO DE HOSPITALIZACIÓN PARA EL MANEJO DE SU PADECIMIENTO, FAVOR DE MENCIONAR NOMBRE DEL HOSPITAL Y / O SANATORIO, DIRECCIÓN Y TELÉFONO:

FAVOR DE INDICAR LA FECHA DE INICIO DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE SU ENFERMEDAD O LESIÓN:

LLENAR SOLO PARA RECLAMACIÓN DE ACCIDENTE

¿QUÉ LESIONES CORPORALES DECLARA USTED QUE FUERON CAUSADAS POR EL ACCIDENTE?

¿DÓNDE Y CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?

SI SE RECLAMA INCAPACIDAD PARCIAL. INDIQUE CUALES FUERON LOS DEBERES PROPIOS DE SU OCUPACIÓN QUE NO LE FUE POSIBLE DESARROLLAR DURANTE TODO EL PERIODO DE INCAPACIDAD PARCIAL:

¿ESTABA USTED DE VACACIONES O SIN EMPLEO CUANDO OCURRIÓ LA INCAPACIDAD?

¿CUÁNTO TIEMPO ESTUVO USTED TOTALMENTE INCAPACITADO?

DESDE EL DÍA _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

DESDE EL DÍA _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

¿CUÁNTO TIEMPO ESTUVO USTED PARCIALMENTE INCAPACITADO?

DESDE EL DÍA _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

DESDE EL DÍA _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

NOTA: AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO O QUE ME ATIENDAN EN LO SUCESIVO, A LOS HOSPITALES E INSTITUCIONES DONDE FUI INTERNADO A QUE PROPORCIONEN AL PERSONAL DESIGNADO POR SEGUROS EL POTOSÍ, S.A., TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A MI SALUD, INCLUSIVE LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES, PARA LO CUAL RELEVO A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS DEL SECRETO PROFESIONAL, DE TODA RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA INFORMACIÓN OTORGADA Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL.

HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN QUE ESTOY PROPORCIONANDO EN ESTE DOCUMENTO ESTÁ APEGADA A LA VERDAD. EN CASO CONTRARIO, ESTOY CONSCIENTE DE LA FALTA EN QUE PODRÍA INCURRIR EN CASO DE PROPORCIONAR DATOS FALSOS O INCORRECTOS, ASÍ COMO DE LAS SANCIONES A LAS QUE QUEDO EXPUESTO.

_____ NOMBRE

_____ FIRMA

_____ FECHA

CUESTIONARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DE INVALIDEZ O PÉRDIDAS ORGÁNICAS DEL ASEGURADO

SEGUROS EL POTOSI

ESTE FORMATO DEBERÁ SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO.

DATOS DEL MEDICO

NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		
ESPECIALIDAD:	No. DE CEDULA PROFESIONAL:	REGISTRO S.S.A.:
DOMICILIO DE CONSULTORIO:		
TELÉFONO (S):	LUGAR DE ATENCIÓN:	FECHA: DÍA MES AÑO
TIEMPO QUE TIENE DE CONOCER AL ASEGURADO:	TIEMPO QUE TIENE DE ATENDER AL ASEGURADO:	

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		
OCUPACIÓN:	FECHA DE PRIMERA CONSULTA:	MOTIVO DE ESTA CONSULTA:
DÍAGNÓSTICO MÉDICO:		
DESCRIBA CUADRO CLÍNICO INICIAL Y FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS:		
INDICAR CUÁL HA SIDO SU EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO:		
FAVOR DE INDICAR QUÉ ESTUDIOS FUERON PRACTICADOS (LABORATORIO Y GABINETE) Y DESCRIBA RESULTADOS:		
FAVOR DE MENCIONAR OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS Y FECHAS DE INICIO DE ESTOS, RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO CAUSANTE DE LA INVALIDEZ Y / O PÉRDIDA ORG		
FAVOR DE INDICAR CUÁL ES EL ESTADO DE SALUD ACTUAL DEL ASEGURADO:		

NOTA: COMO MÉDICO TRATANTE AUTORIZO A LOS HOSPITALES E INSTITUCIONES DONDE FUE INTERNADO EL PACIENTE A QUE PROPORCIONEN AL PERSONAL DESIGNADO POR SEGUROS EL POTOSÍ, S.A. TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIEREN A LA SALUD DEL MISMO, INCLUSIVE LOS DATOS DE PADECIMIENTOS ANTERIORES, ASÍ COMO A EXPEDIR A COSTA DEL AUTORIZADO COPIAS DE LOS DOCUMENTOS EN LOS QUE ESTE CONTENIDA DICHA INFORMACIÓN, IGUALMENTE, RELEVO A LAS INSTITUCIONES O PERSONAS INVOLUCRADAS DEL SECRETO PROFESIONAL DE TODA RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA INFORMACIÓN. OTORGADA Y HAGO CONSTAR QUE UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN TIENE EL MISMO VALOR QUE EL ORIGINAL.

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA FORMA FUE TOMADA DIRECTAMENTE DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

FIRMA

FECHA

CONOCE A TU CLIENTE SINIESTROS
PERSONA FÍSICA

SEGUROS EL POTOSI

DATOS DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

DOMICILIO PARTICULAR

CALLE:	NÚMERO EXTERIOR:	NÚMERO INTERIOR:
COLONIA:	CÓDIGO POSTAL:	DELEGACIÓN O MUNICIPIO:
CIUDAD O POBLACIÓN:	ENTIDAD FEDERATIVA:	

FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA	MES	AÑO	NACIONALIDAD:

OCUPACIÓN O PROFESIÓN:

ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO:

TELÉFONO(S):

CORREO ELECTRÓNICO: (1)

R.F.C. Y/O C.U.R.P.: (1)

ORIGEN DE LOS RECURSOS:

¿DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO CARGO ALGUNO DENTRO DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL O MUNICIPAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS? SI ☐ NO ☐

DEFINIR CARGO:

DATOS DEL APODERADO (EN CASO DE APLICAR)

NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

DOCUMENTOS ANEXOS:

DEL ASEGURADO O CONTRATANTE

IDENTIFICACIÓN OFICIAL: ☐ ¿CUÁL? _____

R.F.C. Y/O C.U.R.P.: (1) ☐

COMPROBANTE DE DOMICILIO: (2) ☐ ¿CUÁL? _____

DOCUMENTO CON EL QUE ACREDITE SU ESTANCIA LEGAL EN EL PAÍS: (3) ☐ ¿CUÁL? _____

APODERADO SI ☐ NO ☐

IDENTIFICACIÓN OFICIAL: ☐ ¿CUÁL? _____

COMPROBANTE DE DOMICILIO: (2) ☐ ¿CUÁL? _____

CARTA PODER O DOCUMENTO CON QUE ACREDITE SU PERSONALIDAD: ☐ DATOS: _____

NOTA: LAS COPIAS DE ESTOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER COTEJADOS CON SU ORIGINAL.

FECHA:	NOMBRE Y FIRMA DEL ASEGURADO O CONTRATANTE:

"Declaro que el origen y procedencia de los fondos que por cuenta propia o en representación habré de operar u opero proceden de actividades lícitas. Así mismo manifiesto que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, otorgo copia fotostática de los documentos de identificación y autorizo a que se corrobore esta información de estimarse conveniente. Declaro que terceros no operarán con mi consentimiento o el de mi representada en los productos, cuentas, contratos o servicios donde actúo y opero, con recursos provenientes de actividades ilícitas, asimismo, manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas".

(1) En caso que cuente con ellos.
(2) No es necesario incluir un comprobante si el domicilio manifestado es el mismo que aparece en la identificación.
(3) Aplica solo para extranjeros residentes.