

Instrucciones**1. Verifique las condiciones de su póliza:**

- * Su póliza de seguro tiene condiciones generales que le son aplicables. Al momento de adquirir el presente seguro, le entregaron documentación detallada acerca de los beneficios con los que cuenta. Por favor, verifique dichas condiciones generales para un mejor entendimiento de las coberturas contratadas.

2. Llenado de su formato:

- * Asegúrese del llenado de todas y cada unas de las secciones del presente formato
- * Favor de incluir toda la documentación requerida, en la siguiente sección.
- * Asegúrese de firmar el presente formato, sin olvidar indicar la fecha de llenado. Sin su firma de consentimiento no será posible analizar la reclamación presentada.

3. Recolecte la documentación de soporte

- Copia de la Identificación oficial del asegurado por ambos lados (IFE vigente, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla).
- Original del certificado expedido por la correspondiente Entidad Promotora de Salud (EPS) o por el Médico tratante de la Hospitalización, historia clínica completa o epicrisis de la Hospitalización, que incluya la fecha de inicio y terminación en caso que hayan terminado estos eventos.
- CURP y/o Cédula de identificación Fiscal-RFC (cuando el asegurado cuente con ellas).
- El informe de accidente y de la autoridad competente si esta ha adelantado alguno de estos trámites con ocasión del accidente.
- Copia de la Identificación oficial del beneficiario de pago (IFE vigente, Pasaporte, Cédula Profesional, Cartilla).
- Copia de estado de cuenta bancario, deberá reflejar la clabe interbancaria en caso de que su pago sea por transferencia.
- Comprobante de domicilio del beneficiario de pago, en caso de ser distinto a la identificación oficial y el cual no deberá ser mayor a tres meses de antigüedad.
- En caso de ser Extranjero enviara la FM2 ó FM3 según corresponda.

En caso de declaración mensual por continuidad del siniestro:

- A partir del segundo mes y por cada treinta (30) días de Hospitalización/Incapacidad un certificado médico, que evidencie la continuidad de la misma y el estado de salud del Asegurado.

Para determinar la procedencia del evento reclamado; será necesario que presente la documentación; tal cual, se indica anteriormente, con el afán de poder analizar su reclamación de forma integral, evitando con ello alguna demora.

4. ¿A dónde debe enviar su formato de reclamación y su documentación?

Una vez que cumpla con los puntos señalados anteriormente puede entregar su documentación al siguiente correo electrónico:

atencion.mexico@asegurados.mapfre.com

Le sugerimos conserve copia de la documentación tal cual fuera enviada, misma que le servirá para alguna aclaración a futuro.

5. ¿Cuál es el siguiente paso del proceso?

Una vez recibida la documentación completa, le asignaremos un número de reclamación, este número será mencionado al inicio de toda correspondencia y el cual deberá guardarlo para cualquier referencia futura. El análisis, será con base a las condiciones generales de su póliza.

- Si el pago es aprobado, le informaremos el monto procedente, fecha de pago y a quien se le realizará.
- En caso de lo contrario, le informaremos de forma puntual, la causa de rechazo mediante una carta que se le enviará a su domicilio.

La falta de documentos o información, demorará el proceso de análisis de su reclamación.

En cualquier caso, **MAPFRE TEPEYAC** se reserva el derecho de solicitar la información o documentación adicional que requiera para la determinación de la procedencia de la reclamación.

Declaraciones

1.- Todas las preguntas que contiene el formato deberán ser contestadas en forma clara y precisa, **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, se reserva el derecho de solicitar información adicional si lo considera necesario.

2.- Declaro que los datos y documentación proporcionada en éste acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así lo consideren conveniente. Finalmente los autorizo expresamente para utilizar la presente información por esta empresa o cualquiera de las entidades financieras relacionadas a **MAPFRE TEPEYAC S.A.**, con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré actividades ilícitas destinadas a favor de terceras personas.

3.- **FINIQUITO SUJETO A CONDICIÓN SUSPENSIVA:** En caso de que se realice el pago de la indemnización en los términos indicados, con la cantidad entregada, transferida a mi cuenta o al cobro de la orden de pago, me doy por pagado de la suma asegurada que me corresponde y en consecuencia otorgo el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome ninguna acción de carácter civil o penal, ni derecho alguno que ejercitar en contra de **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**, dado el presente finiquito que voluntariamente suscribo y el pago que recibo.

4.-Acepto que cualquier empleador, ex empleador, agencia de empleos o cualquier otra entidad a quienes ustedes pregunten podrán dar información respecto a los datos declarados en esta reclamación.

5.-Manifiesto bajo protesta de decir verdad que los documentos de identificación que acompañan a la presente solicitud de reclamación son copia fiel de su original.

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de **MAPFRE TEPEYAC, S.A.**

Lugar y fecha donde presenta la reclamación

Nombre y firma del asegurado

Datos generales del asegurado

Número de póliza:

Nombre (s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Número de seguro social:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Teléfono (s):

Número de celular:

Correo electrónico:

Datos de la Hospitalización

Fecha de inicio de la hospitalización:

Fecha de pérdida del empleo:

Motivo de la hospitalización:

¿La hospitalización es a causa de un accidente?

 Si No

¿Ha sufrido este padecimiento antes?

 Si No

Fecha:

Especifique:

¿Se ha reintegrado nuevamente a su actividad luego de la hospitalización?

 Si No

Especifique:

Fecha de reintegro:

Datos del beneficiario de pago

Forma de pago:

 Cheque Orden de pago Transferencia

Banco:

Clabe interbancaria

Nombre (s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Calle:

No.

Colonia:

Delegación o Municipio:

Población o Ciudad:

Estado:

Código postal:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

País de nacimiento:

Teléfono (s):

Número de celular:

R.F.C.:

CURP:

Ocupación o
Profesión:Actividad o giro
del negocio:Número de serie de la
firma electrónica avanzada

Correo electrónico:

¿Ocupa o ha ocupado en los últimos 2 años algún cargo o función pública?

 Si No

En caso de respuesta afirmativa, indique el cargo: _____

*NOTA: Si el asegurado o beneficiario es o ha sido funcionario público destacado, deberá entregar el Formato correspondiente al Anexo A.***DENUNCIA ANÓNIMA: STOCK REPORT:** Si conoces algún hecho o acto no ético (fraudes, abusos, corrupción, prerrogativas, etc.) en la prestación de nuestros servicios, denúncialo de manera anónima y confidencial en www.mapfre.com.mx (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico actuacionetica@mapfre.com.mxManifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de **Privacidad de MAPFRE TEPEYAC, S.A.**

Lugar y fecha

Firma del beneficiario