

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

Le ofrecemos nuestras más sinceras condolencias por su pérdida. Para realizar este trámite de la manera más eficiente, en este formato le indicará qué necesita hacer:

\* 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**

a) Copia de la Identificación oficial del asegurado por ambos lados (IFE vigente, Pasaporte, Cédula Profesional o Cartilla).

b) Comprobante de domicilio del asegurado en caso de ser distinto a la identificación oficial y el cual no deberá ser mayor a tres meses de antigüedad.

c) CURP y/o Cédula de identificación Fiscal-RFC (cuando el asegurado cuente con ellas).

d) Copia certificada del acta de defunción. En el caso de que la muerte se produzca en el extranjero, el documento que expidan las autoridades del país de que se trate debidamente legalizada y que hagan las veces de acta de defunción. En caso que la muerte se produzca por accidente, se presentarán copias certificadas de las actuaciones practicadas por el Ministerio Público, entre las que se deberá incluir el certificado médico forense.

e) Copia de la Identificación oficial del beneficiario de pago (IFE vigente, Pasaporte, Cédula Profesional, Cartilla).

f) Copia de estado de cuenta bancario, deberá reflejar la clabe interbancaria en caso de que su pago sea por transferencia.

g) 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.

h) En caso de ser Extranjero enviara la FM2 ó FM3 según corresponda.

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:

Correo electrónico: [atencion.mexico@asegurados.mapfre.com](mailto: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 cuál deberá guardarlo para cualquier referencia futura. El análisis, será con base a las condiciones generales de su póliza.

a) Si el pago es aprobado, le informaremos el monto procedente, fecha de pago y a quien se le realizará.

b) 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:	Ocupación/ Profesión o Giro del Negocio:		
Nombre (s):	Apellido paterno:	Apellido materno:	
Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:	Nacionalidad:	
Teléfono (s):	Número de celular:	Correo electrónico:	

**Declaración del Médico (esta sección deberá ser llenada por el médico del asegurado).**

Nombre (s) del paciente:	Fecha de nacimiento:		
Fecha de fallecimiento:	Fecha en la que iniciaron los padecimiento del paciente:		
Razón del fallecimiento:			
¿Qué tipo de síntomas presentó el paciente?			
¿Tenía usted conocimiento de alguna otra condición médica que pudiera haber sido causa del fallecimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso de contestar afirmativo, proporcione los detalles:			
A su juicio, ¿Cuál fue la causa del fallecimiento? <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Otras			
¿Desde cuando es usted el médico del asegurado?			
Nombre completo del médico:			
Calle y número:		Colonia:	
Delegación o Municipio:	Población o Ciudad:	Estado:	
Teléfono (s):	Número de celular:	Cédula profesional:	

Fecha

Nombre y firma del médico

**Datos del beneficiario de pago**

Forma de pago:			
<input type="checkbox"/> Cheque	<input type="checkbox"/> Orden de pago	<input type="checkbox"/> Transferencia	Banco: <input type="text"/> Clabe interbancaria <input type="text"/>
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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso de respuesta afirmativa, indique el cargo: <input type="text"/>			
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](http://www.mapfre.com.mx) (Sección Actuación Ética) ó en la dirección de correo electrónico [actuacionetica@mapfre.com.mx](mailto:actuacionetica@mapfre.com.mx)

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

Lugar y fecha

Firma del beneficiario