

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

- * Deberá estar completamente inhabilitado e incapacitado para trabajar al menos 30 días.
- * 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) Dicitamen médico de Incapacidad Total Temporal, indicando el periodo de la incapacidad acompañado de la interpretación de los estudios médicos practicados.
- e) Última declaración de impuestos.
- f) Copia de la Identificación oficial del beneficiario de pago (IFE vigente, Pasaporte, Cédula Profesional, Cartilla).
- g) Copia de estado de cuenta bancario, deberá reflejar la clabe interbancaria en caso de que su pago sea por transferencia.
- h) 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.
- i) 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 o puede enviarla por los siguientes medios:

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.

- 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:

Nombre (s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Número de seguro social:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Teléfono (s):

Número de celular:

Correo electrónico:

Declaración del auto empleado (esta sección deberá ser llenada por el asegurado).

Días de incapacidad:

Fecha de inicio de incapacidad:

Fecha de regreso al trabajo:

Motivo de la incapacidad:

Nombre de la empresa:

Giro de la empresa:

Calle y número:

Colonia:

Delegación o Municipio:

Población o Ciudad:

Estado:

Teléfono (s):

Número de celular:

Cédula profesional

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