



MAPFRE TEPEYAC, S.A.
 Boulevard Megacentro #504 | Centro Urbano (Interiores)
 Municipio San Fernando Huixquilucan (C.P. 82780) Edo. de México Tel: 82307000

FORMATO RECLAMACIÓN SINIESTROS VIDA Y HOJA DE CONTROL DE DOCUMENTOS

Información general del asegurado (llenado y firmado por alguno de los beneficiarios en caso de fallecimiento)

Adjunto encontrará la siguiente documentación para tramitar con la Aseguradora el siniestro detallado a continuación:

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido Materno	Fecha de nacimiento día ___ mes ___ año _____
Fecha de defunción día ___ mes ___ año _____	Lugar de la defunción		Fecha de entrega a sucursal día ___ mes ___ año _____

Información de los beneficiarios

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco
RFC Letras Año Mes Día Homoclave _____ CURP _____ _____	Fecha de nacimiento día ___ mes ___ año _____	Nacionalidad	Profesión u ocupación
Actividad o giro del negocio	Calle:	Número	
Colonia:	C.P.:	Delegación o Municipio	
Ciudad o población:	Entidad federativa	Correo electrónico (si cuenta con el):	
Teléfono (incluyendo clave lada)	Casa:	Trabajo:	Celular:

¿Ocupa o ha ocupado durante los últimos 6 años algún cargo o función pública?

Si ___ No ___ Cargo o puesto: _____

Nota: Si ha contestado afirmativamente, favor de recabar adicionalmente la información correspondiente al anexo A. Declaro que los datos y documentación proporcionada en éste acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así 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 transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO	CONTROL DE DOCUMENTOS (Área exclusiva de Surtidora)																				
<p>En caso de resultar procedente la reclamación, autorizo a MAPFRE TEPEYAC S.A. para que el pago se realice en el siguiente medio: orden de pago.</p> <p>En caso de que se realice el pago de la indemnización en los términos indicados, desde este momento y por así convenir plenamente a mis intereses, con la cantidad depositada o transferida a mi cuenta, 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.</p> <p>Cuenta CLABE a la cual se debe hacer el depósito: _____</p> <p>Banco al que corresponde: _____.</p> <p>Así mismo, reconozco y acepto expresamente que el presente documento no constituye obligación de pago ni compromiso alguno por parte de MAPFRE TEPEYAC, S.A.</p> <p>Nombre y firma de autorización y conformidad: _____</p> <p>Fecha: Día Mes Año</p>	<table border="0"> <tr> <td>Surtidora</td> <td>MAPFRE</td> <td>En caso de fallecimiento del acreditado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Original o copia certificada del acta de defunción.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado y beneficiario</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Copia de identificación oficial del asegurado y beneficiario</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Original o copia certificada del acta de matrimonio o documento oficial que acredite el concubinato (únicamente en los casos donde el beneficiario sea el cónyuge)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ticket de compra</td> </tr> </table>	Surtidora	MAPFRE	En caso de fallecimiento del acreditado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Original o copia certificada del acta de defunción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado y beneficiario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de identificación oficial del asegurado y beneficiario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Original o copia certificada del acta de matrimonio o documento oficial que acredite el concubinato (únicamente en los casos donde el beneficiario sea el cónyuge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ticket de compra		
Surtidora	MAPFRE	En caso de fallecimiento del acreditado																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Original o copia certificada del acta de defunción.																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado y beneficiario																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de identificación oficial del asegurado y beneficiario																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Original o copia certificada del acta de matrimonio o documento oficial que acredite el concubinato (únicamente en los casos donde el beneficiario sea el cónyuge)																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ticket de compra																			