



LOS DATOS A QUE SE REFIERE ESTA FORMA DEBERAN SER PORPORCIONADOS POR EL O LOS BENEFICIARIOS NOMBRADOS EN LAS PÓLIZAS DEL SEGURO O SUS REPRESENTANTES LEGALES BAJO SU FIRMA.

| | | | |
|--|---|---|---------------|
| No. de Póliza | | Certificado: | |
| Nombre: | | | |
| Datos del Asegurado | | | |
| Fecha de Fallecimiento: | | (DD-MM-AA) | Nacionalidad: |
| | | | |
| Nombre: | | RFC: | |
| | | CURP: | |
| Domicilio a la Fecha de Fallecimiento: | | | |
| Entidad: | | C.P.: | |
| Teléfono | | Ocupación (a la fecha de fallecimiento o accidente): | |
| Estado Civil: | Sexo: | Lugar y Fecha de Nacimiento: | |
| Elija un elemento. | Elija un elemento. | | |
| Nombre de la Empresa o Negocio donde Trabaja y Domicilio | | | |
| | | | |
| Datos de los Médicos que Atendieron al Asegurado (En caso de que hubiera) | | | |
| Nombre del Médico: | | | |
| Domicilio: | | | |
| Entidad: | C.P.: | Teléfono: | |
| Nombre del Médico: | | | |
| Domicilio: | | | |
| Entidad: | C.P.: | Teléfono: | |
| Nombre del Médico: | | | |
| Domicilio: | | | |
| Entidad: | C.P.: | Teléfono: | |
| Coberturas a Reclamar | | | |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento | <input type="checkbox"/> Reembolso de Gastos Médicos por Accidente | <input type="checkbox"/> Invalidez o Incapacidad Total por Accidente | |
| Lugar del Accidente o Fallecimiento: | | Fecha del Accidente o Fallecimiento: | |
| | | | |
| Como ocurrió o tuvo lugar el accidente: | | | |
| El fallecimiento fue en el domicilio particular, hospital u otros: | | | |
| En caso de muerte violenta indique que autoridad tomó conocimiento de hecho: | | | |
| No. de acta de MP | | | |
| Otros Seguros | | | |
| ¿Cuenta con otros seguros de accidentes personales? | | | |
| Compañía | | No. de Póliza | |
| | | | |
| ¿Está tramitando esta misma reclamación en otra compañía? | | | |
| Compañía | | No. de Póliza | |
| | | | |



Nota: Como beneficiario autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fue atendido el asegurado, a que otorguen a (nombre de la compañía) todos los informes que se refieran a la salud de éste, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores, para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original

Datos de los Beneficiarios

| | | | |
|-------------------|---------------|----------------------|--------|
| Nombre: | | Fecha de nacimiento: | |
| Domicilio: | | | |
| Entidad: | C.P.: | Teléfono: | |
| RFC: | CURP: | Parentesco: | |
| E-Mail: | Nacionalidad: | Ocupación: | |
| Giro o actividad: | | | Firma: |
| Nombre: | | Fecha de nacimiento: | |
| Domicilio: | | | |
| Entidad: | C.P.: | Teléfono: | |
| RFC: | CURP: | Parentesco: | |
| E-Mail: | Nacionalidad: | Ocupación: | |
| Giro o actividad: | | | Firma: |
| Nombre: | | Fecha de nacimiento: | |
| Domicilio: | | | |
| Entidad: | C.P.: | Teléfono: | |
| RFC: | CURP: | Parentesco: | |
| E-Mail: | Nacionalidad: | Ocupación: | |
| Giro o actividad: | | | Firma: |

Datos del responsable del Paciente

| | | | |
|-------------------|---------------|----------------------|--------|
| Nombre: | | Fecha de nacimiento: | |
| Domicilio: | | | |
| Entidad: | C.P.: | Teléfono: | |
| RFC: | CURP: | Parentesco: | |
| E-Mail: | Nacionalidad: | Ocupación: | |
| Giro o actividad: | | | Firma: |

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

- Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete
- Informe médico firmado por el médico tratante o en su defecto, resumen clínico completo y estudios por parte del médico tratante
- Actuaciones Completas del Ministerio Público
- Recetas
- Facturas y recibos (anexar relación)
- Incapacidades expedidas por instituciones de seguridad social en donde se acredite la incapacidad en caso de no estar afiliado, presentar valoración por parte de médico tratante especialista en medicina del trabajo.
- Otros _____

MEDIO DE PAGO



Transferencia Electrónica: Depósito de la Suma Asegurada en la cuenta bancaria indicada por el Beneficiario, cabe señalar que el Beneficiario debe ser el titular de dicha cuenta. Otorgo mi consentimiento para que una vez agotados los trámites del siniestro y en caso de proceder, se pague el importe mediante:

| | | | |
|------------------------|--|---------------|--|
| Abono a mi cuenta No.: | | Cuenta Clabe: | |
| Banco: | | Sucursal: | |

Por el conducto indicado solicito y autorizo a SPP Institución de Seguros S.A. de C.V. para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del contrato concertado con esta aseguradora me sea cubierto de acuerdo con los datos proporcionados en este formato.

Al efectuarse el pago de acuerdo con la información seleccionada y por el monto procedente de la reclamación de acuerdo a las condiciones generales de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago en consecuencia otorgo a favor de SPP Institución de Seguros S.A. de C.V. el más amplio finiquito que en derecho proceda, sin reservarme el derecho o acción alguna que ejercitar en su contra, es decir SPP Institución de Seguros S.A. de C.V. desistiéndome en su caso de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación a la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

| | |
|--|-------|
| Nombre del Titular de la Cuenta Bancaria | Firma |
| | |

| | |
|----------------|--|
| Lugar y fecha: | |
|----------------|--|

| | |
|------------------------|--|
| Firma del solicitante: | |
|------------------------|--|

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones

Ciudad de México,

Teléfono:

Correo electrónico:

contacto@sppseguros.com.mx