

Aviso de Privacidad: Aserta Seguros Vida, S.A. de C.V., con domicilio en Periférico Sur No. 4829, Edificio Torre Jade Piso 9, Col. Parque del Pedregal, Delegación Tlalpan, C.P. 14010, Ciudad de México; protege, recaba, trata y utiliza sus Datos Personales para proveer los servicios y productos que ha solicitado; informarle sobre cambios en los mismos; cumplir con las obligaciones contractuales contraídas con usted; cumplir con obligaciones de ley; ejecutar contratos y convenios con terceros que actúan a nuestro nombre, conservación e integración de expedientes de identificación, evaluar calidad en servicios e informarle de nuevos servicios y productos. El contenido íntegro de este AVISO está a su disposición en www.asertavida.com.mx

1. Información General

Nombre o Razón Social del Contratante PROVIDENT MÉXICO, S.A. DE C.V.	Siniestro a reclamar:
Nombre completo del Afectado	Parentesco del Afectado con el Titular del Seguro:

2. Datos del Titular del Seguro

Nombre(s), apellido paterno y apellido materno		Sexo	Fecha de Nacimiento (día, mes, año)
Domicilio (Calle, número exterior e interior)		Colonia	CP CURP
Alcaldía o Municipio	Estado	Edad	RFC
Teléfono fijo (incluir lada)	Teléfono celular o de contacto:	Correo electrónico	
Ocupación	Giro de la empresa	Nacionalidad	

3. Datos del Beneficiario del Seguro

Nombre(s), apellido paterno y apellido materno		Sexo	Fecha de Nacimiento (día, mes, año)
Domicilio (Calle, número exterior e interior)		Colonia	CP CURP
Alcaldía o Municipio	Estado	Edad	RFC
Teléfono fijo (incluir lada)	Teléfono celular o de contacto	Correo electrónico	
Ocupación	Giro de la empresa	Nacionalidad	

4. Firma del Beneficiario

FINIQUITO: En caso de resultar procedente la reclamación, autorizo a ASERTA SEGUROS VIDA S.A. DE C.V., para que me realice el pago. En caso de que el dictamen sea procedente y se realice el pago 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 ASERTA SEGUROS VIDA S.A. DE C.V., dado el presente finiquito que voluntariamente suscribo y el pago que recibo. Asimismo, reconozco y acepto expresamente que el presente no constituye obligación de pago ni compromiso alguno por parte de ASERTA SEGUROS VIDA S.A. DE C.V., ni de sus agentes, promotores, intermediarios, socios, funcionarios, empleados o dependientes.

NOMBRE Y FIRMA

5. Documentación a anexar, validar al reverso.

NOTA: De acuerdo al artículo 69 de la Ley del Contrato de Seguro, la empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

6. Entrega de documentación

Al momento de tener completa la documentación, favor de enviarla digitalizada al correo electrónico siniestros@aserta.com.mx

Documentación a anexar por Cobertura - (Entregar documentos en original o copia debidamente cotejada)

Documentos Necesarios del Asegurado	VIDA Y ÚLTIMOS GASTOS POR	MUERTE ACCIDENTAL	VIDA (UGFAM)	DESEMPLEO O INVALIDEZ POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	INVALIDEZ POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	PÉRDIDAS ORGÁNICAS (PO)	CÁNCER	GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE (RGMA)
Identificación oficial vigente (pasaporte, credencial de elector, cartilla militar, cédula profesional) sin tachaduras ni enmendaduras	X	X	X	X	X	X	X	X
Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad (agua, luz, predial, teléfono)	X	X	X	X	X	X	X	X
Acta de nacimiento sin tachaduras ni enmendaduras	X	X	X	X	X	X	X	X
Acta de defunción sin tachaduras ni enmendaduras	X	X	X					
Última cédula de consentimiento firmada por el asegurado en la cual se designó a sus beneficiarios	X	X	X	X	X	X	X	X
Certificado de defunción, expedido por la Secretaría de Salud		X						
Actas del MP completas (principalmente deben contener hechos, declaraciones de testigos, examen químico-toxicológico, resultados y conclusión del peritaje), cuando el siniestro es derivado de un accidente u homicidio	X	X	X	X	X	X		X
Forma MT4 o ST-4 (IMSS), o formas equivalentes del ISSSTE (RT-09) o ISSEMYM, o informe médico en el cual se aprecien los hechos del accidente que originó la pérdida de órganos. Historial clínico y resultados de estudios de laboratorio y gabinete, donde se muestren las causas que originaron la invalidez. (El dictamen de invalidez deberá precisar las causas que llevaron a la invalidez del Asegurado, estados patológicos anteriores relacionados y no relacionados con la enfermedad/accidente que produjo la invalidez, así como los intervalos entre dichas enfermedades y la dictaminación de la invalidez.)				X	X	X	X	
Resultados de exámenes practicados o cualquier otro documento con interpretación que ayude para la determinación de la causa de siniestro. Radiografías que estén relacionadas con el padecimiento en cuestión.				X	X	X	X	X
Informe médico requisitado con claridad por el médico tratante (formato proporcionado por la Compañía Aseguradora). En caso de hospitalización se deberá presentar copia del resumen clínico del hospital.				X	X	X	X	X
Original de las facturas y recibos a nombre del Asegurado (facturas del hospital, recibo de honorarios médicos, facturas de farmacia, estudios realizados con prescripción médica, ambulancia, gastos erogados fuera del hospital, etc.)								X
Último estado de cuenta, tabla de amortización del crédito, comprobante de pagos o adeudos, donde se muestre el saldo al momento del fallecimiento. SOLO PARA SEGURO DE VIDA DEUDOR	X	X	X	X	X			
Documentos o instrumentos que avalen los préstamos o el ahorro. SOLO PARA SEGURO DE VIDA DEUDOR/ AHORRO.	X	X	X	X	X			
Carta de contratante indicando el nombre del asegurado, póliza afectada, cobertura por indemnizar, saldo a pagar y el/los beneficiario(s), en hoja membretada y firmada por ejecutivo representante	X	X	X	X	X	X	X	X
Carta aclaratoria firmada por el asegurado titular, indicando su estado civil y sus familiares dependientes económicos (cónyuge o concubino(a), hijos, madre) que hayan fallecido			X					
Informe de baja del IMSS				X				
Carta de liquidación de la empresa indicando el nombre del empleado, su RFC y NSS, antigüedad y sueldo percibido mensual, en una hoja membretada y firmada por ejecutivo representante				X				

Documentos Necesarios del Beneficiario	VIDA Y ÚLTIMOS GASTOS POR FALLECIMIENTO	MUERTE ACCIDENTAL	VIDA (UGFAM)	DESEMPLEO O INVALIDEZ POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	INVALIDEZ POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	PÉRDIDAS ORGÁNICAS	CÁNCER	GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE (RGMA)
Solicitud de indemnización (El formato lo proporciona la Aseguradora y debe llenarse con datos del asegurado y de cada beneficiario en su caso, indicando de manera indispensable el <u>domicilio actual</u> correspondiente al comprobante proporcionado, el <u>número telefónico</u> (en caso de no contar con ello, colocar la leyenda "No cuento con número telefónico") y la <u>ocupación</u> .)	X	X	X	X	X	X	X	X
Identificación oficial vigente (pasaporte, credencial de elector, cartilla militar, cédula profesional) sin tachaduras ni enmendaduras	X	X	X					
Acta de nacimiento sin tachaduras ni enmendaduras	X	X	X					
Acta de matrimonio o constancia de concubinato sin tachaduras ni enmendaduras, si aplica			X					
Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad (agua, luz, predial, teléfono)	X	X	X	X	X	X	X	X

NOTA IMPORTANTE: De acuerdo al artículo 69 de la Ley del Contrato de Seguro, la empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.