



FORMATO DE RECLAMACIÓN POR FALLECIMIENTO

** LLENAR CON LETRA DE MOLDE CLARAMENTE LEGIBLE SIN OMITIR DATOS Y SIN TACHADURAS NI ENMENDADURAS **

INFORMACION DEL TITULAR

Documentación Requerida.

- 1. Llenar Formato de Reclamación por Fallecimiento FRF-1.
- 2. Copia de identificación oficial del asegurado y de los beneficiarios (Credencial IFE, Pasaporte Vigente, Cédula Profesional o Cartilla)
- 3. Original o copia del certificado del seguro, que incluya la designación de beneficiarios.
- 4. Copia del último Estado de Cuenta del crédito del mes anterior, a la fecha del fallecimiento.
- 5. Original o copia Certificada del Acta de Defunción
- 6. Original del Acta del Ministerio Público, sólo en el caso de que la muerte haya sido con violencia.
- 7. Original o copia certificada del acta de nacimiento del titular asegurado.
- 8. Original o copia certificada del acta de nacimiento de los beneficiarios.

Número de Certificado		Número de Póliza	
Nombre del Asegurado, Apellido Paterno y Apellido Materno.		Fecha de Nacimiento / /	Edad
Nombre del Reclamante, Apellido Paterno y Apellido Materno.			
Domicilio del Reclamante (Calle, Número, Colonia, C.P., Ciudad, Estado)			
Teléfono casa con LADA	Teléfono recados con LADA	E - Mail	
¿Usted ha presentado alguna reclamación anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, indique la fecha. (Año, Mes, Día) / /	
Causa del Fallecimiento	Detalle brevemente como ocurrió el Fallecimiento		
DECLARACIONES IMPORTANTES DEL ASEGURADO.			
Por medio de la presente declaro que:			
1. La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado Titular o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.			
2. La información aquí contenida es correcta y verdadera. Reconozco que la falsedad de declaraciones puede constituir un delito, con penas que pueden llegar hasta la pérdida de la libertad.			
3. Expresamente manifiesto mi consentimiento a la Aseguradora ASSURANT VIDA, S.A. y a sus reaseguradoras, agentes o representantes para que recabe información del suscrito ante cualquier empresa, hospital médico, organización o persona en cuyo poder obre información relacionada con esta solicitud. Entiendo que al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea de carácter confidencial, ya que la misma es pertinente y necesaria para el trámite o investigación de mi reclamación.			
* *NOTA: El Formato de Reclamación por Fallecimiento así como cualquier otro tipo de información adicional, deberá ser enviada a la dirección de correo electrónico (atencion.clientes@assurant.com) o bien al número de fax 01 (55) 50 20 50 90. Para cualquier duda o aclaración llamar al número gratuito de Atención a Clientes 01-800-228-0077.			
Nombre y Firma del Reclamante		Fecha (Año, Mes, Día) / /	