



FORMATO DE RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

Documentación Requerida.

- 1. Llenar el Formato de Reclamación por Incapacidad FRI-GE-1 Sección 1 y Sección 2.
- 2. Llenar el Informe Médico de la Sección 3 (Declaración del Médico).
- 3. Copia de Identificación Oficial del Asegurado y del Reclamante (Credencial IFE, Pasaporte Vigente, Cédula Profesional, Cartilla).
- 4. Original del Consentimiento/Certificado de Seguro debidamente requisitado y firmado.
- 5. Copia del último Estado de Cuenta del crédito del mes anterior a la fecha de incapacidad (Sin Adeudos).
- 6. Copia de la Historia Clínica y de toda la documentación comprobatoria de la incapacidad.
- 7. Original o copia del acta de nacimiento del asegurado.
- 8. Original o copia certificada del dictamen de invalidez total o permanente expedida por una Institución de Seguridad Social o un Médico Especialista.

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL TITULAR

No. de Certificado		No. de Cuenta del Crédito	
Nombre del Asegurado, Apellido Paterno y Apellido Materno		Fecha de Nacimiento. (Año, Mes, Día). / /	Edad.
Nombre del Reclamante, Apellido Paterno y Apellido Materno.			
Domicilio del Solicitante. (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, ¿Cuándo? (Año, Mes, Día). / /	

DECLARACIONES IMPORTANTES DEL ASEGURADO.

Por medio de la presente declaro que:

1. Al día de hoy continuo incapacitado, por lo que solicito el pago de la mensualidad del seguro de Incapacidad Total Temporal que tengo contratado con ASSURANT VIDA, S.A. 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 recaben información del suscrito ante cualquier Institución Médica respecto del estado de mi estado u otra organización, empresa o personal médico, en la que 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.

Nombre y Firma del Reclamante	Fecha (Año, Mes, Día) / /
-------------------------------	------------------------------



**FORMATO DE RECLAMACIÓN
POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

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

**SECCIÓN 2.
INFORMACIÓN SOBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Describa brevemente su ocupación.

Describa de que manera la Incapacidad le impide desarrollar su actividad laboral.

¿Alguna vez ha sufrido el paciente una invalidez similar?

SI

NO

De ser afirmativa la respuesta anterior, detallar brevemente la condición.

Fecha en que aparecieron los síntomas por primera vez.

Indique el nombre y teléfono de los médicos que lo atendieron (adjunte información adicional si es necesario).

**SECCIÓN 3.
INFORMACIÓN MÉDICA. DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

Nombre del Paciente, Apellido Paterno y Apellido Materno.

Describa la Enfermedad o Lesión que ocasionó la Incapacidad.

Indique la fecha en que se diagnosticó la enfermedad.

Indique la fecha en la que el asegurado quedó incapacitado para trabajar.

Indique las fechas en las que el paciente recibió tratamiento

¿El paciente aún está bajo tratamiento?

Si

No

Si el paciente está en tratamiento, dé la fecha probable de regreso al trabajo..

Si el paciente no está en tratamiento, dé la fecha en que se dio de alta para regresar a su trabajo.

Lista de Impedimentos Físicos:

Clase 1. No tiene limitaciones de capacidad funcional, capaz de realizar trabajos pesados.

Clase 2. Actividad manual medida.

Clase 3. Limitación moderada de capacidad funcional capaz de realizar trabajo ligero .

Clase 4. Limitación ligera de capacidad funcional capaz de realizar trabajos de oficina/administrativo (sedentario).

Clase 5. Limitación severa de capacidad funcional incapaz de realizar un trabajo de actividad (sedentaria).

Indique la clase en la que sitúa médicamente al asegurado:

Observaciones:

Nombre del Médico, Apellido Paterno y Apellido Materno.

Dirección del Médico. (Calle, Número, Colonia, Código Postal, Ciudad, Estado)

Número de Teléfono con LADA.

Cédula Profesional.

Especialidad.

DECLARACIONES IMPORTANTES DEL ASEGURADO.

Por medio de la presente declaro que:

1. Al día de hoy continuo incapacitado, por lo que solicito el pago de la mensualidad del seguro de Incapacidad Total Temporal que tengo contratado con ASSURANT VIDA, S.A. 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 recaben información del suscrito ante cualquier Institución Médica respecto del estado de mi estado u otra organización, empresa o personal médico, en la que 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 Incapacidad (FRI-GE-1) e información adicional deberán ser enviados a la siguiente dirección:
Blvd. Diaz Ordaz # 3102 3er Piso Área de Cobranza. (E/ Av. Santa Barbara y Corregidora) Col. Santa María. C.P. 64650, Monterrey N.L.
Con atención a la Lic. Blanca Corona C. o bien a la dirección de correo electrónico (blanca.corona@ge.com). Para cualquier duda o aclaración llamar al número gratuito de Atención a Clientes 01-800-083-4343.**

Nombre y Firma del Reclamante

Fecha (Año, Mes, Día)

/ /