

## CONTRATACION DE RENOVACION DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA 772 EMPLEADOS ACTIVOS DEL SISTEMA DIF ZAPOPAN

### PERSONAL ASEGURADO:

00000001

Empleados activos del sistema DIF Zapopan en servicio activo del contratante, que se encuentren laboralmente activos o temporalmente incapacitados por un periodo continuo no mayor a tres meses e inscritos en el IMSS, ISSSTE o algún otro régimen de seguridad social.

### VIGENCIA:

Las 12:00 horas del 01 de abril del 2016 a las 12:00 horas del 01 de abril del 2017

### TIPO DE PLAN:

Obligatorio, No contributorio

### PARTICIPANTES COTIZADOS:

772

**SAMI:** \$250,000.00

### EXPERIENCIA:

Sin Dividendos

### LIMITES DE EDAD:

Básica 79                      Accidentes 69                      Invalidez 64

### COBERTURA

**Básica:** Regla de suma asegurada: Fija de \$250,000.00

**Suma Asegurada Total Básica:** \$193, 000,000.00

DIF ZAPOPAN  
R 29 FEB. 2016  
REVISADO  
CONTRALORIA

## CONDICIONES ESPECIALES

### ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES

Mapfre Tepeyac, S. A. Pagara al asegurado el 30% de la suma asegurada alcanzada de la cobertura por fallecimiento con límite de 250 salarios mínimos mensuales vigentes del Distrito Federal como anticipo, en caso de que al asegurado se le diagnostique alguna de las siguientes enfermedades terminales y cumpla con las características que a continuación se detallan:

#### CANCER

Para efectos de esta enfermedad se consideran las siguientes definiciones:

A) Cáncer: presencia de un tumor maligno, caracterizado por el incremento celular anormal que invade tejidos vecinos o a distancia por metástasis. Se manifiesta por el desorden en el crecimiento masivo, en la función y en la estructura celular.

B) Cáncer in situ: esta denominación se refiere a la fase pre invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos, considerándose que no atraviesa la membrana basal, el tumor no invade los tejidos vecinos.

Para su comprobación e indemnización, el otorgamiento de este beneficio requerirá presentar estudio histopatológico con la clasificación internacional de tumores malignos y estadios de dicha tumoración, quedando en el entendido que el beneficio se ofrecerá cuando las células malignas hayan atacado con un carácter invasivo (clasificación TNM).

Quedan específicamente excluidos cualquier tipo de cáncer de piel (excepto los melanomas malignos con metástasis), tumores considerados como pre malignos y cualquier tipo de cáncer no invasivo e in situ, así como el sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con el virus del inmunodeficiencia humana (VIH).

#### INFARTO AL MIOCARDIO

Es la necrosis (muerte) de una parte del musculo cardiaco (miocardio), provocada por el estrechamiento acentuado o la obstrucción completa de las arterias coronarias, con la consecuente interrupción del suministro de sangre a esa zona.

Se procederá al pago del anticipo siempre y cuando:

A) El infarto miocardio haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento este bajo la vigilancia de un médico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

B) El infarto al miocardio determine la incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior a su trabajo habitual.

Para confirmar el diagnóstico se debe contar con: resultados de laboratorio (enzimas cardiacas) y gabinete (electrocardiograma).

#### ENFERMEDAD CORONARIA OBSTRUCTIVA

Dificultad en la circulación coronaria que da como resultado una disminución acentuada del aporte sanguíneo al miocardio, como consecuencia de una obstrucción parcial en las arterias coronarias, incluye cualquier proceso isquémico y angina de pecho.

Se procederá al pago del anticipo siempre y cuando:

A) La enfermedad coronaria obstructiva haya requerido atención hospitalaria, cuyos 3 primeros días fuesen en unidad coronaria o similar, y el tratamiento este bajo la vigilancia de un medico cardiólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

B) La enfermedad coronaria obstructiva determine incapacidad medica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual.

#### ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Cualquier incidente que interfiera con la circulación cerebral que de cómo resultado una disminución acentuada o falta de aporte de sangre al cerebro causando déficit neurológico que persista por más de 24 horas y que determine incapacidad médica permanente para el desarrollo posterior de su trabajo habitual; se incluyen: infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales, trombosis y embolia cerebral.

La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un medico neurólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad mínimo 6 semanas después del incidente.

Para confirmar el diagnóstico se debe contar con: reporte del estudio de tomografía axial computarizada o resonancia magnética.

#### INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

La etapa final de la insuficiencia renal crónica e irreversible de ambos riñones de cualquier causa u origen, que conduce a la incapacidad total de los riñones para realizar su función excretora y regulador, siendo necesaria la diálisis sistemática o el transplante renal.

El integrante tendrá la obligación de demostrar a Mapfre Tepeyac, S. A. el diagnostico que deberá estar avalado por un médico nefrólogo autorizado para ejercer su profesión y especialidad.

Para confirmar el diagnóstico se debe contar con: reporte del estudio de tomografía o ultrasonido renal y estudio de depuración de creatinina.

Las condiciones a las que se sujeta esta cobertura endoso son las siguientes:

- Es condición para el pago de cualquier reclamación que el asegurado o quien sus derechos represente aporten pruebas a Mapfre Tepeyac, S. A. Que demuestren todos los hechos que a continuación de enuncian:

A) La ocurrencia de la enfermedad terminal de que se trate la cual se demostrará mediante informe con el diagnostico confirmado avalado por una institución con competencia médica o firmado por el médico tratante.

Para que sea procedente reclamación, Mapfre Tepeyac, S. A. podrá solicitar y el asegurado o beneficiarios estarán obligados a entregar todos los exámenes, análisis, documentos, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos que sustenten dicho diagnóstico para los efectos de este

apartado el médico tratante deberá contar con cedula profesional o documento que acredite el legal ejercicio de su profesión.

B) Adicionalmente Mapfre Tepeyac, S. A. se reserva el derecho de examinar a su costa al asegurado con el médico que ésta asigne y de hacer las investigaciones con los médicos tratantes utilizado el hospital o los laboratorios y gabinetes donde se hayan practicado los estudios y análisis para lo cual el asegurado autoriza a la aseguradora el acceso a su expediente clínico o cualquier otro documento relacionado con su estado físico o de salud.

1. Que el propio asegurado o quien sus derechos represente, reclame por escrito el pago anticipado aquí convenido.

2. Una vez efectuado el pago del anticipo se invalidaran los beneficios adicionales devolviendo la prima no devengada al Contratante.

3. El pago de este beneficio se efectuara una sola vez, independientemente del número de vigencias o renovaciones con Mapfre Tepeyac, S. A.

4. Que la póliza no se encuentre cancelada por falta de pago al momento de la reclamación de este anticipo.

5. Que al integrante le sea diagnosticado un estado de enfermedad terminal, es decir, que por sus condiciones de salud sea altamente probable su fallecimiento dentro de un lapso no mayor a 6 meses contados a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad cubierta debiendo quedar por escrito la opinión del estado de enfermedad terminal por un médico especialista legalmente autorizado para ejercer su profesión y especialidad que corresponda. Mapfre Tepeyac, S. A. Se reserva el derecho de evaluar dicho diagnóstico en caso de considerarlo necesario.

Pago El pago que en su caso efectúe Mapfre Tepeyac, S. A. al amparo de este beneficio al Asegurado, producirá los siguientes efectos:

La suma asegurada para la cobertura de fallecimiento se reducirá hasta la cantidad que resulte de deducir de ella el importe del pago anticipado estipulado en este beneficio.

#### Vigencia

Este beneficio conserva la vigencia de la póliza de la cual forma parte; la vigencia de este beneficio termina:

1. Por la solicitud de cancelación que el asegurado y el Contratante soliciten por escrito ante Mapfre Tepeyac, S. A.

2. La muerte del asegurado

#### EXCLUSIONES APLICABLES ÚNICAMENTE AL ENDOSO ESPECIAL DE ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES

1. No se cubrirán las enfermedades preexistentes.

2. No se cubrirán enfermedades que no correspondan a las enlistadas

#### TIEMPOS DE RESPUESTA:

Emisión de póliza y/o endosos: 8 días hábiles

Indemnización al beneficiario: 11 días hábiles a partir de la entrega de documentación completa.

Reporte de siniestralidad: 2 días hábiles.



Las **Tasas de Financiamiento** aplicables al pago fraccionado serán aplicadas sobre la Prima Neta Anual.

Tasas de Financiamiento			
Formas de Pago	Udi's	M. N.	Dólares
Semestral	3.32%	4.76%	3.90%
Trimestral	4.74%	7.21%	5.57%
Mensual	5.75%	8.85%	6.75%
Desc. Por Nómina Quincenal	6.04%	8.66%	7.09%
Semanal	6.33%	9.08%	7.43%

CONCURSO NO.8  
"SEGURO DE VIDA"

COMISION DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS  
Y ENAJENACIONES DEL SISTEMA DIF ZAPOPAN  
PRESENTE

Me refiero a mi participación en el Concurso **No. 08** relativo a la "**Contratación del seguro de vida**" para el personal del Sistema DIF Zapopan.

Yo, Denise Alejandra Nepote Orozco en mi calidad de Representante Legal de "**PARTICIPANTE**" manifiesto **bajo protesta de decir verdad** que:

1. Hemos leído, revisado y analizado con detalle las bases y anexos del presente Concurso proporcionados por **el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Zapopan, Jalisco**, estando totalmente de acuerdo.
2. Mi representada propone suministrar el servicio del presente concurso de acuerdo a las especificaciones que me fueron proporcionadas y con los precios unitarios señalados en la propuesta económica.
3. Hemos formulado cuidadosamente todos los precios unitarios propuestos, considerando las circunstancias previsibles, que pueden influir. Los precios se presentan en Moneda Nacional e incluyen todos los cargos directos o indirectos por lo que aceptamos todas y cada una de las condiciones ahí establecidas por el **Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Zapopan Jalisco**.
4. Si resultamos favorecidos en el presente Concurso, nos comprometemos a firmar contrato respectivo cuando se nos notifique que se encuentra elaborado.
5. Mi representada no se encuentra en ninguno de los supuestos señalados en el punto 7 de las bases "descalificación de los participantes".
6. Mi representada se compromete a cumplir con lo solicitado en el anexo 1 de las presentes bases.

7. Dando cumplimiento a lo solicitado en el **punto No. 5 inciso f)** de las bases del **Concurso No. 08 "SEGURO DE VIDA"** manifiesto bajo protesta de decir verdad, que mi representada es una empresa legalmente constituida bajo las leyes del país y posee la capacidad administrativa, financiera, legal y técnica para atender el requerimiento de las condiciones solicitadas en las bases y sus anexos.
8. Dando cumplimiento a lo solicitado en el **punto No. 5 inciso g)** de las bases del **Concurso No. 08 "SEGURO DE VIDA"** manifiesto bajo protesta de decir verdad, que mi representante cuenta con el capital social necesario para hacer frente a cualquier contingencia de índole laboral, así como a cualquier tipo de responsabilidad a su cargo sea esta de naturaleza civil, penal y/o administrativa.
9. Dando cumplimiento a lo solicitado en el **punto No. 6 inciso d)** de las bases del **Concurso No. 08 "SEGURO DE VIDA"** manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los precios cotizados son los mejores y especiales para el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Zapopan Jalisco y se mantendrán vigentes durante todo el procedimiento del concurso y durante la vigencia del contrato respectivo.

Sin más por el momento reciban un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Denise Alejandra Nepote Orozco  
Representante Legal  
MAPFRE Tepeyac S.A.



Guadalajara, Jal., a 29 de Febrero del 2016.

**COMISION DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS  
Y ENAJENACIONES DEL SISTEMA DIF ZAPOPAN  
P R E S E N T E.**

POR ESTE CONDUCTO Y EN CUMPLIMIENTO A LAS BASES DEL CONCURSO No. 08 PARA LA **RENOVACION DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA 772 EMPLEADOS ACTIVOS DEL SISTEMA DIF ZAPOPAN** ME PERMITO HACER DE SU CONOCIMIENTO LO SIGUIENTE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD: MANIFESTAMOS CONTAR CON LA EXPERIENCIA EN LA EMISION, ATENCION Y SERVICIO DE POLIZAS DE SEGURO DE VIDA, CITANDO LAS SIGUIENTES CUENTAS DE NUESTROS PRINCIPALES CLIENTES:

**BANCO SANTANDER, S.A.**

Tel.

**BANCO SCOTIABANK INVERLAT, S.A.**

**COMPARTAMOS BANCO**

**COPPEL S.A. DE C.V.**

**WALMART DE MÉXICO S.A.B. DE C.V.**

**HSBC (Institución Bancaria)**

**NISSAN MEXICANA, S.A. DE C.V.**

**GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO**

Urawa No. 100 Esq. Paseo Tollocan Col. Izcalli Ipiem, Toluca Edo. De México  
(01722) 2760040

Martha Beatriz Arista Vázquez

SIN OTRO PARTICULAR, ME REITERO A SUS APRECIABLES ORDENES

A T E N T A M E N T E.  
DENISE ALEJANDRA NEPOTE OROZCO  
REPRESENTANTE LEGAL  
MAPFRE TEPEYAC, S.A.

**DIF ZAPOPAN**  
**R** 29 FEB. 2016  
**REVISADO**  
**CONTRALORIA**

Guadalajara, Jal., a 29 de Febrero del 2016.

**CONTRATACION DE RENOVACION DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA  
772 EMPLEADOS ACTIVOS DEL SISTEMA DIF ZAPOPAN**

Denise Alejandra Nepote Orozco , en mi carácter de representante legal de **MAPFRE TEPEYAC SA** y con la finalidad de dar cumplimiento a los solicitado en el punto No. 5 inciso E de las bases del concurso No. 8 **CONTRATACION DE RENOVACION DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA 772 EMPLEADOS ACTIVOS DEL SISTEMA DIF ZAPOPAN.**

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que mi representada es una empresa legalmente constituida bajo las leyes del país, y posee la capacidad administrativa, financiera, legal y técnica para atender el requerimiento de las condiciones solicitadas en las bases y sus anexos.

Sin mas por el momento reciban un cordial saludo

ATENTAMENTE

DIF ZAPOPAN  
R 29 FEB. 2016  
REVISADO  
CONTRALORIA

**DENISE ALEJANDRA NEPOTE OROZCO**

REPRESENTANTE LEGAL

Guadalajara, Jal., a 29 de Febrero del 2016.

**CONTRATACION DE RENOVACION DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA  
772 EMPLEADOS ACTIVOS DEL SISTEMA DIF ZAPOPAN**

Denise Alejandra Nepote Orozco, en mi carácter de representante legal de **MAPFRE TEPEYAC SA** y con la finalidad de dar cumplimiento a los solicitado en el punto No. 5 inciso G de las bases del concurso No. 8 **CONTRATACION DE RENOVACION DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PARA 772 EMPLEADOS ACTIVOS DEL SISTEMA DIF ZAPOPAN.**

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que mi representada cuenta con el capital social necesario para hacer frente a cualquier contingencia de índole laboral, así como a cualquier tipo de responsabilidad a su cargo sea esta de naturaleza civil, penal y/o administrativa.

Sin más por el momento reciban un cordial saludo

ATENTAMENTE

**DENISE ALEJANDRA NEPOTE OROZCO**

REPRESENTANTE LEGAL





# SINIESTROS VIDA

00000009

## Guía para trámite de siniestros

### INTRODUCCION

En MAPFRE TEPEYAC, nos preocupamos por proporcionar un mejor y oportuno servicio a nuestros asegurados, basado en conceptos como la calidad y eficiencia, así como en poner a la disposición de nuestra Fuerza Productora herramientas ágiles y prácticas que faciliten el logro de nuestros objetivos.

Uno de nuestros objetivos es el cumplimiento de las obligaciones relativas al pago de siniestros, para servir oportuna y eficazmente al ocurrir el evento cubierto.

Para ello, hemos elaborado esta guía que presenta la documentación, políticas y los procedimientos en la gestión del trámite de Siniestros Vida, considerando temas de gran importancia tales como: el llenado del formato, documentación correspondiente al tipo de reclamación que se trate.

Estamos seguros que esta guía le brindará toda la información necesaria para cumplir con la presentación de reclamaciones.

DIF ZAPOPAN  
R 29 FEB. 2016  
REVISADO  
CONTRALORÍA

## GESTIÓN DE SINIESTROS

Para tramitar el pago por siniestro ocurrido a un asegurado, se presentará la siguiente información:

- Formato original de RECLAMACIÓN DE SINIESTRO DE VIDA, proporcionado por Mapfre Tepeyac
- Documentación correspondiente al tipo de reclamación que se trate.

### I. FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTROS VIDA



El formato que se utiliza para el trámite de reclamaciones ya sea **INDIVIDUAL, GRUPO, COLECTIVO ó COLECTIVO DEUDORES** es el mismo y su clave es **VI-758**.

A continuación se presenta el instructivo para el llenado del formato de reclamación desiniestro de vida:

**INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO:** Deberá ser llenada y firmada por alguno de los beneficiarios según se indica en el formato. En caso de menores de edad deberá firmar el tutor o representante legal. En caso de Invalidez, pérdida orgánica o enfermedad grave, deberá ser llenado por el propio asegurado.

**INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS:** Deberá ser requisada por todos y cada uno de los beneficiarios designados, indicando parentesco, porcentaje de la suma asegurada y firma. En caso de menores de edad, deberá firmar el tutor o representante legal. En caso de Invalidez, pérdida orgánica o enfermedad grave, deberá ser llenado por el propio asegurado.

**DECLARACIÓN DE TESTIGOS:** Debe ser llenada y firmada por al menos dos personas mayores de edad que no sean beneficiarios ni familiares del ASEGURADO, que lo conocieron y que hayan visto el cadáver.

**DATOS DEL MÉDICO:** Deberá ser llenado por el médico que atendió al asegurado durante su enfermedad o el que extendió el certificado médico de defunción, indicando su número de cédula profesional.

**COBERTURA POR MUERTE:** Deberá requisarse por el mismo médico, sólo en caso de fallecimiento.

**COBERTURA POR ACCIDENTE:** Deberá requisarse por el mismo médico o la autoridad que tomó conocimiento del accidente, si el evento cubierto (fallecimiento, Invalidez o pérdida orgánica) ocurrió por causa directa o indirecta del mismo.

**COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:** Deberá requisarse por el mismo médico solo en caso de que el asegurado esté reclamando el beneficio de Invalidez Total y Permanente.

**COBERTURA POR ENFERMEDAD GRAVE:** Deberá requisarse por el mismo médico que realizó el diagnóstico de la enfermedad.

**ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE LOS DATOS DE FIRMA Y FECHA QUE APARECEN EN LA PARTE INFERIOR DE LA SEGUNDA HOJA DE ESTE FORMATO, DEBERÁN SER LLENADOS POR EL MÉDICO.**

DIF ZAPORAN  
29 FEB. 2016  
REVISADO  
CONTRALORÍA

**GRUPO**

00000012

**ADMINISTRACIÓN AUTOADMINISTRADA**

**DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE AL TIPO DE RECLAMACIÓN DE QUE SE TRATE.**

**COBERTURA POR FALLECIMIENTO:**

- A. Copia certificada expedida por el Registro Civil o cotejada por Notario Público del acta de defunción del ASEGURADO.
- B. Copia certificada del certificado de defunción del ASEGURADO.
- C. Copia certificada expedida por el Registro Civil o cotejada por Notario Público del acta de nacimiento del ASEGURADO.
- D. Original de la identificación oficial del asegurado: cartilla, credencial de elector, pasaporte o cédula profesional.
- E. Copia certificada expedida por el Registro Civil o cotejada por Notario Público del acta de nacimiento de los beneficiarios.
- F. Copia certificada expedida por el Registro Civil o cotejada por Notario Público del acta de matrimonio. (Sólo en caso de que el cónyuge sea beneficiario)
- G. Original de la identificación oficial de los beneficiarios: cartilla, credencial de elector, pasaporte o cédula profesional.
- H. Copia certificada expedida por el Registro Civil o cotejada por Notario Público del acta de defunción de los beneficiarios que hayan fallecido en su caso.
- I. En caso de que el beneficiario sea extranjero: documento que acredite su legal estancia en el país.
- J. Consentimiento original (firmado por el asegurado y por el contratante).
- K. Alta al IMSS.
- L. Recibos de nómina de inicio de vigencia.
- M. Últimos recibos de nómina
- N. Documento que acredite cumplía con la definición de colectividad

DIF ZAPOCAN  
29 FEB. 2015  
REVISADO  
CONTRAL

**COBERTURA POR ACCIDENTE:**

O. La documentación señalada en los puntos: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N.

P. Original o copia certificada de todos y cada uno de los documentos que integren la Averiguación Previa iniciada por el Agente del Ministerio Público correspondiente.

**COBERTURA POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS:**

Q. La documentación señalada en los puntos: C, D, J, K, L, M, N, P.

R. Radiografía del miembro afectado.

S. Copia certificada del certificado de defunción del miembro afectado.

**COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:**

T. La documentación señalada en los puntos: C, D, J, K, L, M, N.



U. Original o copia certificada del dictamen de Invalidez expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social, por el Instituto Mexicano de Trabajadores al Servicio del Estado o por algún médico debidamente autorizado para ejercer la profesión de medicina. No obstante lo anterior, y aún para el caso de que se presenten documentos distintos a los mencionados, Mapfre Tepeyac se reserva el derecho de practicar cualquier examen médico que considere para determinar la procedencia del siniestro que se reclame para determinar el estado de invalidez.

V. Copia del expediente clínico completo.

**RECLAMACION DE ANTICIPO DE ENFERMEDADES GRAVES:**

- Formato de reclamación de Mapfre
- Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado
- Copia cotejada de identificación oficial del asegurado
- Expediente clínico completo informando fechas de diagnóstico, evolución y tratamiento
- Estudios realizados para el diagnóstico del cáncer
- Copia simple del consentimiento
- Comprobante de domicilio
- Copia de Curp y/o RFC

El trámite dará inicio hasta que Mapfre Tepeyac cuente con todos los documentos mencionados en los párrafos anteriores, le sugerimos ingrese su documentación completa.

En cualquier caso, Mapfre Tepeyac se reserva el derecho de solicitar la información o documentación adicional que requiera para la determinación de la procedencia de la reclamación.

#### **DISPOSICIONES DE LAVADO DE DINERO**

- Las COORDINACIONES REGIONALES y/o AGENTES deberán entregar a los beneficiarios el formato que deben llenar, dependiendo si es PERSONA FÍSICA (mexicana o extranjera), APODERADO LEGAL PERSONA FÍSICA o PERSONA MORAL (mexicana o extranjera)
- Cada beneficiario deberá llenar toda la información del formato que se anexa y anotar fecha, nombre y firma.
- Cada beneficiario deberá presentar original de los documentos que se mencionan en el formato y que se detallan a continuación.

#### **a) Persona física**

Identificación oficial

Constancia clave única de registro poblacional (curp) y/o cedula de identificación fiscal (shcp)

Comprobante de domicilio

#### **b) Persona física extranjera**

Pasaporte y Documento legal de su estancia en territorio mexicano, siempre y cuando cuente con este último.

#### **c) Apoderado legal persona física**

Testimonio notarial o copia certificada del poder del representante legal

Identificación oficial del o los representantes legales

Comprobante de domicilio

#### **d) Persona moral Mexicana**

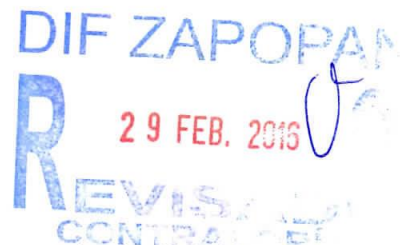
Escritura constitutiva inscrita en el Registro público

Cédula de identificación fiscal

Comprobante de domicilio

Testimonio notarial o copia certificada del poder del representante legal

Identificación oficial del o los representantes legales



**e) Personas Moral Extranjera**

Copia legalizada o apostillada del documento que acredite su legal existencia  
Copia legalizada o apostillada del poder del representante legal independientemente de que éste sea nacional o extranjero.

Copia de la identificación personal oficial del representante o representantes legales.

En caso de que el representante legal sea extranjero, deberá presentar los documentos señalados en el apartado para persona física de nacionalidad extranjera:

Pasaporte y Documento legal de su estancia en territorio mexicano, siempre y cuando cuente con éste último.

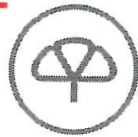
- El cotejo de los documentos los deberá de realizar el analista anotando fecha, nombre y firma de la persona que realizó dicho cotejo.
- No se reciben documentos que esten alterados, si tienen tachaduras o enmendaduras sin excepción, en caso de que el beneficiario no cuente con otro medio de identificación se solicitaran 2 referencias bancarias o comerciales y 2 referencias personales.
- Siniestros Vida se reserva el derecho de solicitar originales en caso de que lo considere necesario
- El apego a estas disposiciones es adicional y obligatorio por disposición legal al trámite establecido para la reclamación de siniestros.

**NOTA:**

En cualquier caso Mapfre Tepeyac, S.A. se reserva el derecho de solicitar la información o documentación adicional que requiera para la determinación de la procedencia de la reclamación.

El trámite dará inicio hasta que Mapfre Tepeyac, S:A: cuente con todos los documentos mencionados en los párrafos anteriores le sugerimos ingrese su documentación completa.

DIF ZAPOPAN  
29 FEB. 2016  
REVISADO  
CONTRALORIA



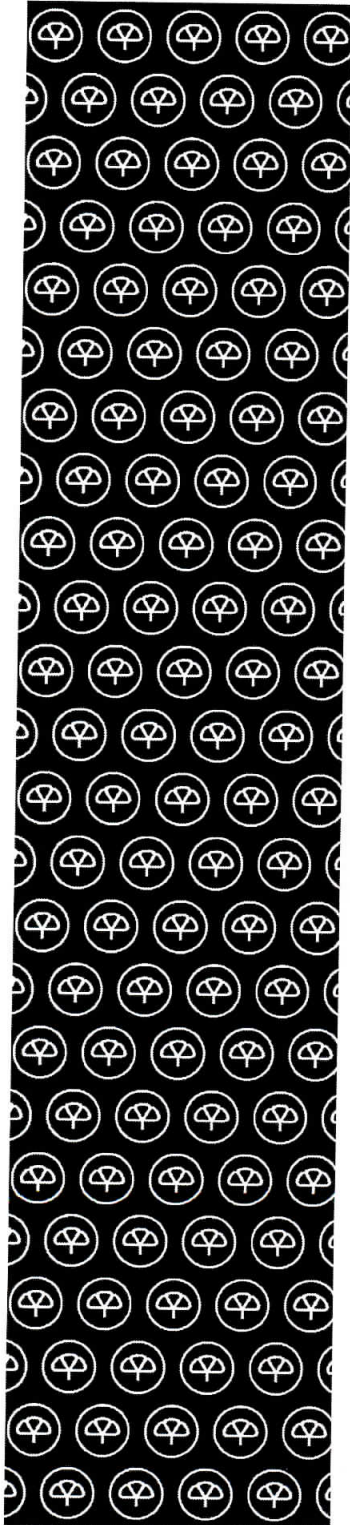
DIF ZAPOPAN  
**R** 29 FEB. 2016  
REVISADO  
CONTRALORIA

# RECLAMACION

## DE

# SINIESTRO

# DE VIDA



Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)  
Municipio San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000



## INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO



- 1.- NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_
- 2.- DOMICILIO \_\_\_\_\_
- 3.- A) OCUPACIÓN AL TIEMPO DE EMITIR LA PÓLIZA \_\_\_\_\_  
 B) OCUPACIÓN AL TIEMPO DE OCURRIR EL EVENTO CUBIERTO \_\_\_\_\_
- 4.- FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_
- 5.- FECHA Y LUGAR DEL EVENTO O SINIESTRO \_\_\_\_\_
- 6.- A) ¿ERA CASADO EL ASEGURADO?  SI  NO SEXO  MASCULINO  FEMENINO  
 B) ¿CUANTAS VECES LO FUE? \_\_\_\_\_  
 C) INDIQUE LAS FECHAS DE CADA MATRIMONIO CIVIL \_\_\_\_\_
- 7.- ¿EN QUE OTRAS COMPAÑÍAS TENÍA EL ASEGURADO CONTRATADA PÓLIZA DE VIDA?

COMPAÑÍA ASEGURADORA	MONTO SUMA ASEGURADA

- 8.- ¿DEJÓ TESTAMENTO EL ASEGURADO?  SI  NO

SI EXISTE TESTAMENTO, INDIQUE USTED SI POR DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA SE CAMBIÓ EN ALGUNA FORMA EL NOMBRAMIENTO DEL BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S) EN LA PÓLIZA O EL MODO DE EFECTUAR EL PAGO DE LA MISMA. EN EL ENTENDIDO QUE ESTA MANIFESTACIÓN SE HACE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD.

- SI  NO

- 9.- ¿QUIÉN O QUIÉNES ESTABAN PRESENTES AL OCURRIR EL

FALLECIMIENTO \_\_\_\_\_

Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE TEPEYAC, S.A.

DIF ZAPOPAN  
 29 FEB. 2016  
 REVISADO  
 CONTRALORIA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE

\_\_\_\_\_  
 FIRMA

\_\_\_\_\_  
 FECHA

## INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (EN CASO DE INVALIDEZ O PÉRDIDA ORGÁNICA, DEBERÁ, SER LLENADO POR EL ASEGURADO)

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PARENTESCO	% SUMA ASEGURADA	FIRMA

## DECLARACIÓN TESTIGOS (MAYORES DE EDAD, NO BENEFICIARIOS)

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	TIPO DE RELACIÓN QUE TENÍA USTED CON EL FINADO	TIEMPO DE CONOCER AL FINADO	FIRMA

1.- VIÓ USTED EL CADÁVER

TESTIGO 1

SI  
 NO

TESTIGO 2

SI  
 NO

TESTIGO 3

SI  
 NO

TESTIGO 4

SI  
 NO

2.- LE CONSTA QUE EL CADÁVER CORRESPONDE A NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS DEL ASEGURADO ARRIBA INDICADO)

SI  
 NO

SI  
 NO

SI  
 NO

SI  
 NO

**DATOS DEL MÉDICO** (Debe llenarse en todos los casos)

1.- NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO **MAPFRE** \_\_\_\_\_

2.- DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

3.- ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ CÉDULA \_\_\_\_\_

**COBERTURA POR MUERTE**

por ser contestado por el médico que atendió al asegurado o el que certificó la muerte.

1.- CAUSA DIRECTA DEL FALLECIMIENTO \_\_\_\_\_

2.- TIEMPO QUE ATENDIÓ AL ASEGURADO \_\_\_\_\_

3.- LUGAR EN DONDE LO ATENDIÓ \_\_\_\_\_

4.- TIEMPO QUE EN SU OPINIÓN ESTUVO SUFRIENDO LA AFECCIÓN QUE CAUSÓ LA MUERTE \_\_\_\_\_

5.- ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIO ORIGEN A LA QUE DETERMINÓ LA MUERTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TIEMPO DE EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_ (MM) (AA)

6.- OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS ANTERIORES RELACIONES CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE.

\_\_\_\_\_ TIEMPO DE EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_ (MM) (AA)

\_\_\_\_\_ TIEMPO DE EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_ (MM) (AA)

\_\_\_\_\_ TIEMPO DE EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_ (MM) (AA)

7.- OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TIEMPO DE EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_ (MM) (AA)

\_\_\_\_\_ TIEMPO DE EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_ (MM) (AA)

\_\_\_\_\_ TIEMPO DE EVOLUCIÓN \_\_\_\_\_ (MM) (AA)

**COBERTURA POR ACCIDENTE** (incluye la invalidez total)

llenar únicamente si el evento cubierto ocurrido por causa directa o indirecta de un accidente o bien si el motivo de la reclamación es por pérdida de miembros.

1.- LUGAR Y FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE \_\_\_\_\_

2.- AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO. \_\_\_\_\_

3.- BREVE DESCRIPCIÓN. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.- EL INCIDENTE FUE CONSECUENCIA DE EFECTOS DIRECTOS O INDIRECTOS, CAUSADOS ESPECIALMENTE POR EL USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DROGAS O SUSTANCIAS TÓXICAS, POR SU OCUPACIÓN. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(INDICAR CUALES FUERON)

**COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

llenar únicamente si el asegurado está reclamando el beneficio de invalidez total y permanente

1.- CAUSA DIRECTA DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

(ACCIDENTE) \_\_\_\_\_

(ENFERMEDAD) \_\_\_\_\_

2.- FECHA DE LA ÚLTIMA INVALIDEZ TEMPORAL O PARCIAL. \_\_\_\_\_

3.- FECHA EN QUE SE DETERMINÓ LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE. \_\_\_\_\_

4.- INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ EL ESTADO DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE. \_\_\_\_\_

5.- SI ES POR ENFERMEDAD INDICAR LAS CAUSAS QUE PROVOCARON DICHO ESTADO. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TIEMPO DE EVOLUCIÓN. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TIEMPO DE EVOLUCIÓN. \_\_\_\_\_

DIF ZAPOPAN

29 FEB. 2016

REVISADO

CONTABILIDAD

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Persona Física

Siniestro No. \_\_\_\_\_

## DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
/ / Fecha de Nacimiento	RFC	CURP*
Nacionalidad	País de Nacimiento	# Serie Firma Electrónica Avanzada*
Calle, Avenida o Vía	# Interior – Exterior	Colonia
Ciudad o Población	Delegación o Municipio	Entidad Federativa
C.P.	Teléfono(s)	Correo Electrónico*
Ocupación, profesión o actividad	Especifique ocupación o actividad	

Ocupa o ha ocupado en los últimos 2 años algún cargo o función pública? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Especifique cargo \_\_\_\_\_

Nota: Si el contratante es o ha sido funcionario público destacado, por favor recabe la información correspondiente al anexo A.

Declaro que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así consideren conveniente. Finalmente los autorizo expresamente para utilizar la presente información a Mapfre Tepeyac S.A. así como al resto de las empresas MAPFRE. Declaro que no realizare transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

Fecha, nombre y firma del Beneficiario

 Fecha, cargo, nombre y firma del personal que  
 recabó la información

Documentos a recabar	Si	No
Identificación Oficial		
Constancia de la CURP*		
Cédula Fiscal*		
Comprobante de inscripción FEA*		
Comprobante de domicilio		

\*Cuando cuente con el dato o documento

DIF ZAPOPAN

29 FEB. 2016

REVISADO

CONTRALORIA

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

_____		_____
Denominación o Razón Social		Folio Mercantil
_____/_____/_____	_____	_____
Fecha de Constitución	RFC	# Serie Firma Electrónica Avanzada*
_____	_____	_____
Nacionalidad	Teléfono(s)	Correo Electrónico*
_____	_____	_____
Calle, Avenida o Vía	# Interior – Exterior	Colonia
_____	_____	_____
Ciudad o Población	Delegación o Municipio	Entidad Federativa
_____	_____	_____
C.P.	Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social	

**DATOS DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL**

_____	_____	_____
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
_____	_____	
Nacionalidad	Puesto o Cargo	
_____	_____	_____
Calle, Avenida o Vía	# Interior – Exterior	Colonia
_____	_____	_____
Ciudad o Población	Delegación o Municipio	Entidad Federativa
_____	_____	_____
C.P.	Teléfono(s)	Correo Electrónico*

Declaro que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así consideren conveniente. Finalmente se autoriza expresamente para utilizar la presente información a Mapfre Tepeyac S.A. y cualquiera de las empresas MAPFRE. Declaro que ni mi mandante ni el suscriptor realizarán transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

Fecha, nombre y firma del Beneficiario

Fecha, nombre y firma personal de siniestros

Documentos a recabar	Si	No
Escritura constitutiva o documento que acredite su legal existencia		
Cédula de identificación Fiscal		
Comprobante de inscripción FEA*		
Comprobante de domicilio		
Identificación oficial (apoderado)		
Documento que acredite el carácter de apoderado		

\*Cuando cuente con el dato o documento

DIF ZAPOPAN  
**R** 29 FEB. 2016 **NO**  
 REVISADO  
 CONTRALORÍA