

CARTA DE RECLAMACIÓN

COBERTURA AFECTADA

Vida ☐ Invalidéz Total y Permanente por Accidente ☐ Indemnización Diaria por Hospitalización ☐

Titular de la póliza: _____ No. Póliza: _____

Nombre del Afectado: _____
Ap. Paterno Ap. Materno Nombre (s)

I. Información del Beneficiario

Nombre del Beneficiario _____
Ap. Paterno Ap. Materno Nombre (s)

Domicilio _____
Calle No. Ext. No. Int. C.P.

Colonia Delegación o Municipio Ciudad Entidad Federativa

Tel Casa Tel. celular correo electrónico

Nacionalidad _____ Fecha de nacimiento _____
DD MM AAAA

¿El beneficiario es una persona políticamente expuesta? Si ☐ No ☐

Definir cargo _____

Forma de pago de la indemnización Transferencia Bancaria ☐ Giro (Telecomm) ☐
No. Cuenta CLABE (18 dígitos) _____
Banco _____

II. Documentos a anexar a esta reclamación

Documentos por Cobertura	Vida	Invalidéz Total y Permanente por Accidente	Indemnización Diaria por Hospitalización
Original de Carta Reclamación, una por cada beneficiario.	X	X	X
Copia Simple de la Carta Reclamación, una por cada beneficiario.	-	-	X
Original del Consentimiento Certificado Individual debidamente firmado o con huella digital por el asegurado. (En caso de fallecimiento del Asegurado Titular).	X	X	-
Copia Simple del Consentimiento Certificado Individual debidamente firmado o con huella digital por el asegurado.	-	-	X
Copia simple identificaciones oficiales vigentes de los beneficiarios, en su caso, y asegurado en todos los casos. (IFE, Pasaporte, Cartilla del SMN o Cédula Profesional).	X	X	X
Original de acta de nacimiento del titular y los beneficiarios, en su caso.	X	-	-
Original del Acta de Matrimonio del beneficiario si éste es cónyuge o en su caso comprobante de concubinato.	X	-	-
Copia simple de acta de nacimiento del titular y los beneficiarios, en su caso.	-	X	X
Original del Acta de defunción – en todos los casos.	X	-	-
Copia simple de averiguación previa, si la muerte fue violenta o accidental; o bien, Copia simple del Acta de Levantamiento de Hechos de la autoridad municipal o policía local, cuando no haya Ministerio Público en la zona.	X	-	-
Original o copia certificada del Dictamen de Invalidéz Total y Permanente por Accidente emitido por una institución pública o privada.	-	X	-
Comprobante de la hospitalización correspondiente prescrita por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y que esta fue por 24 horas mínimo.	-	-	X
Copia simple del estado de cuenta de Banco a nombre de la persona que recibirá el pago (Asegurado Titular o Beneficiario), según sea el caso.	X	X	X
Copia simple del comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de vigencia del Asegurado Titular y/o Beneficiario, según sea el caso.	X	X	X

NOTA: Si el beneficiario es menor de edad se pagará al tutor legal

III. Artículo 140 del Beneficiario

- ☐ Copia de Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de expedición)
☐ Copia de Identificación oficial con fotografía

Número Folio _____

- ☐ Pasaporte vigente
☐ Cartilla del servicio militar mexicano
☐ Cédula profesional.

Lugar y fecha de recepción _____

Nombre y Firma Beneficiario _____

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a Seguros Atlas, S.A., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato del Seguro concertado con esta aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el momento que proceda de ésta y futuras reclamaciones de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y en consecuencia otorgo a Favor de Seguros Atlas, S.A., el más amplio Finiquito que en derecho proceda, sin reservarme derecho o acción alguna que ejercitar en su contra, es decir de Seguros Atlas, S.A., desistiendo en su caso, de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación con la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

NOTA: Esta información será utilizada para todos los movimientos solicitados, en caso de cancelación o cambio deberá de enviarnos un nuevo formato con la actualización de sus datos.

AVISO DE PRIVACIDAD: En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada. El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

"La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como un contrato de adhesión registrado como Microseguro, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número PPAQ-S0023-0079-2012 de fecha 14/03/2013."

PRINCIPALES CLÁUSULAS

Suicidio. En caso de muerte por suicidio ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este contrato, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, el pago único y total que hará la compañía, será el importe de la reserva matemática que corresponda a este contrato, en la fecha en que ocurre el fallecimiento, menos cualquier adeudo derivado de la misma, como liquidación total. En caso de rehabilitación y/o incremento adicional de suma asegurada no estipulados en el contrato original, el período de dos años que se refiere al párrafo anterior comenzará a partir de la fecha en que se rehabilite la póliza y/o hubiere sido aceptado el incremento por la compañía.

Pago de las primas. El Contratante se obliga a pagar anualmente, en el domicilio de la Institución, el importe total de la prima. Si los miembros del grupo contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

El período de pago de cada prima es anual, pero podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine la Institución.

El Contratante podrá realizar el pago de la prima a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice la Institución.

Cuando los Asegurados contribuyan al pago de las primas del Seguro y exista por cualquier causa un saldo o monto a favor de quienes pagaron las primas, la Institución cumplirá con su obligación de devolver dichos montos, entregándoselos al Contratante, junto con una relación de la cantidad que le corresponde a cada Asegurado. El Contratante se obliga a distribuir a los Asegurados las cantidades que les corresponda en los términos indicados por la Institución.

Período de espera para el pago de primas. Si el contratante o asegurado no hubiese pagado la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Beneficiarios. Los asegurados tienen derecho a nombrar o cambiar los beneficiarios, notificando por escrito a la Compañía la designación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y la Compañía pague al último beneficiario que tenga conocimiento, la Compañía quedará liberada de las obligaciones contraídas en el Certificado. Los asegurados podrán renunciar al derecho de revocar la designación de los beneficiarios, haciendo una designación irrevocable, siempre que no exista restricción legal en contrario y que lo notifiquen por escrito a los beneficiarios y a la Compañía y que conste en los certificados individuales, para lo cual habrá de remitirse éstos a fin de su anotación como parte integrante de la Póliza.

Si hubiere varios beneficiarios y falleciere alguno, la porción correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo alguna disposición especial del asegurado.

Comprobación del siniestro. A continuación se citan los requisitos que se solicitarán de acuerdo con las coberturas contratadas:

La información que se requerirá para el trámite del siniestro será:

- 1) Formato de Carta reclamación, una por cada beneficiario
- 2) Original del Acta de defunción – en todos los casos
- 3) Original del Consentimiento-Certificado del seguro debidamente firmado o con huella digital por el asegurado titular.
- 4) Averiguación previa certificada, si la muerte fue violenta o accidental, o bien, Acta de Levantamiento de Hechos de la autoridad municipal o policía local, cuando no haya Ministerio Público en la zona.
- 5) Copia de identificaciones oficiales de los beneficiarios y asegurado (IFE, Pasaporte, Cédula Profesional, Cartilla Militar).
- 6) Original de las Actas de Nacimiento de los beneficiarios y asegurado.
- 7) Original del acta de matrimonio del beneficiario si éste es cónyuge.
- 8) Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente, se deberá presentar informe del médico tratante.
- 9) Aviso de accidente llenado por el asegurado afectado.
- 10) Cuestionario de Accidentes.
- 11) Estudios de gabinete y análisis clínicos que apoyen el diagnóstico.
- 12) Para la cobertura de indemnización diaria por hospitalización, se debe presentar el comprobante de la hospitalización y que este fue por 24 horas mínimo
- 13) En el momento de la liquidación del siniestro se aplicará lo procedente de la ley del impuesto sobre la renta vigente.
- 14) La compañía tendrá el derecho a solicitar al asegurado o beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Una vez que el expediente se integre con la documentación debida, se procederá al pago de la indemnización, conforme a mecanismos de pago que permitan al beneficiario gozar de los beneficios del seguro, la indemnización deberá efectuarse dentro un plazo máximo de treinta días hábiles.

Indemnización por Mora. En caso de que LA COMPAÑÍA, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado un interés por mora de acuerdo con lo señalado en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Liquidación. La compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dichas coberturas.

Las cantidades que se adeuden a la compañía por concepto de primas que se deriven del presente contrato, serán deducidas al efectuarse la liquidación final de esta póliza.

Competencia. En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y lo dispuesto por el artículo 138 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. En caso de que el reclamante opte por demandar, podrá acudir ante los tribunales competentes de la jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las delegaciones regionales de la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Prescripción. Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de las coberturas de fallecimiento, Gastos Funerarios, Enfermedades Graves, Incapacidad Total Temporal por Accidente, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la Ley.
- II. En dos años, en el caso de la cobertura de indemnización diaria por hospitalización.

El plazo de que tratan los párrafos anteriores no comenzará en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

En términos del artículo 88 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa Institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

AVISO DE PRIVACIDAD. En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Afías, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 80- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recibidos, que se recaban o generados con motivo de la relación jurídica que tenemos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, otorgamiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 8 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosafias.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 38, 38-A, 38-B y 38-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número PPAQ-80623-0079-2012