

Documentos mínimos necesarios para el trámite de reclamaciones de Vida Grupo

Es indispensable entregar los siguientes documentos de acuerdo al tipo de trámite y coberturas contratadas

NOMBRE DEL ASEGURADO:

NÚMERO DE PÓLIZA:

CONTRATANTE:

COBERTURA (S) RECLAMADA (S) :

Matriz de Requisitos	FALLECIMIENTO	CUG	INVALIDEZ	PERDIDA DE MIEMBROS/ MUERTE ACCIDENTAL	CFAM o CCON	CLIC	Documentos Recibidos		
							Original o Copia Certificada	Copia Simple	
1.- FORMATO ÚNICO DE RECLAMACIÓN. • Contestado en su totalidad y firmado por cada beneficiario y/o por el asegurado (en caso de que este último sea el beneficiario de la cobertura). Nota: Para CUG, se deberá presentar carta solicitud del beneficiario que requiere el adelanto.	•	•	•	•	•	•			
2.- ACTA DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO. • Copia Certificada ante la fe de un notario público o copia certificada del acta de defunción emitida por el Registro Civil. Nota: Para CUG, se deberá presentar sólo copia del certificado de defunción	•	•	N/A	•	•	N/A			
3.- RECIBO DE NÓMINA DEL ASEGURADO. • Original para cotejo y copia con leyenda de cotejo a la fecha del siniestro	•	•	•	•	•	•			
4.- IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL O LOS BENEFICIARIOS Y DEL ASEGURADO. • Original para cotejo y copia simple con leyenda de cotejo de identificación oficial vigente • .En caso de que el domicilio no sea igual al manifestado en la identificación oficial y/o en el Formato Unico, se anexará copia del comprobante de domicilio (telefónico, luz, impuesto predial) con una vigencia retroactiva no mayor a 3 meses. Nota: Para CUG, se deberá presentar sólo la identificación del beneficiario que requiere el adelanto.	•	•	•	•	•	•			
5.- DICTAMEN DE INVALIDEZ Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. • Copia certificada del dictamen de invalidez del IMSS (en su forma ST4) o en la forma equivalente del ISSSTE (RT9) , en caso de no contar con alguno de ellos, historia Clínica original y resultado de estudios de laboratorio y gabinete, donde se muestren las causas que originaron la invalidez. Nota: Aplica para las coberturas de CAI y/o BIT	N/A	N/A	•	N/A	N/A	N/A			
6.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS. • Consentimiento firmado en original por el Asegurado Nota: En el caso de Invalidez, sólo aplica para la cobertura BIT.	•	•	•	N/A	N/A	N/A			
7.- DOCUMENTO OFICIAL DE CANCELACIÓN O REVOCACIÓN DE LICENCIA • Original o copia certificada del Oficio de cancelación o revocación Definitiva de la Licencia expedido por la autoridad competente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	•			
8.- COMPROBANTE DE PARENTESCO (Abuelos, Padres, Concubina (o), Hijos y Nietos) • Actas de Nacimiento, Matrimonio, declaratorias de concubinato.	•	•	N/A	•	•	N/A			
9.- ACTA DE MINISTERIO PÚBLICO ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA. • Actuaciones del Ministerio Público completas en original o copia certificada. En dicha acta debe informarse cómo, cuándo y dónde sucedió el accidente, anexando el informe de la necropsia de ley, así como estudio químico–toxicológico y de alcoholemia. Nota: Requisito para la cobertura de CLIC, en caso de que la incapacidad manifestada por el sobrecargo Asegurado, sea consecuencia de un hecho accidental.	N/A	N/A	N/A	•	N/A	N/A			
10.- FORMAS ST- 01/ FORMAS ISSSTE / INFORME MÉDICO Y/O RADIOGRAFIAS. • Forma certificada ST-1 o ST-3 del IMSS, las formas equivalentes del ISSSTE (certificada) o bien, informe médico original en el cual se aprecien los hechos del accidente que originó la pérdida de miembros. • Radiografías de la parte afectada. Nota: En caso de que la pérdida sea a consecuencia de un accidente donde el Ministerio Público tomó parte, deberán de integrar en los documentos el Acta del M. P. (Original o Copia Certificada).	N/A	N/A	N/A	•	N/A	N/A			
11.- FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (ARTICULO 140) • Original Contestado en su totalidad uno por cada beneficiario.	•	•	•	•	•	•			
Nombre de la persona que entrega la documentación:	Teléfono		E-mail						
Nombre de la persona que revisó documentación:	Centro de Atención u Oficina	Fecha	Teléfono			Extensión			