



SOLICITUD DE INDEMNIZACION

TOKIO MARINE

No. de Póliza	No. de Certificado
---------------	--------------------

1. Documentación para reclamación de Seguro de Vida. Favor de reunirla totalmente y adjuntarla a su reclamación.

- Solicitud de Indemnización / Aviso de Fallecimiento (Total y debidamente contestada)
- Póliza o certificado individual (original)
- Acta de defunción del Asegurado. Copia certificada.
- Acta de nacimiento del Asegurado. Copia certificada.
- Identificación Oficial del Asegurado. Copia simple.
- Acta de nacimiento de cada Beneficiario. Copia certificada.
- Identificación Oficial Vigente de cada Beneficiario (Credencial de elector, Cartilla Militar o Pasaporte). Copia simple y presentar original para validar.
- Comprobante de domicilio de fecha reciente de cada beneficiario (Recibo de luz. Agua, predial o teléfono), presentar original para validar la copia.
- Copia de R.F.C., CURP o documento que lo contenga de cada beneficiario.

Si la muerte del Asegurado ocurrió por accidente, homicidio, suicidio u otra causa no natural anexar:

- Actuaciones del Ministerio Público que contengan: Fe de hechos, identificación del cadáver, autopsia o dispensa y resultado de toxicología.

Cuando el Asegurado no haya nombrado beneficiarios durante la vigencia del seguro, será necesario que el interesado presente:

- Acta de matrimonio (si es el cónyuge) Copia certificada, o Copia certificada de la Sentencia del juicio de sucesión correspondiente.

2. Notas importantes (Favor de leer todos los incisos antes de contestar la solicitud)

- Esta declaración deberá ser llenada por el (los) beneficiarios designados por el Asegurado.
- La sección 6 será respondida y firmada por cada uno de los beneficiarios designados. El beneficiario que lo desee, podrá proporcionar, datos de su Banco, CLABE Interbancaria y su firma de autorización para recibir el depósito de su pago. Ver Nota y FINIQUITO al final de la sección 6.
- Si alguno de los beneficiarios falleció antes de esta reclamación, favor de anexar Copia Certificada de su acta de defunción.
- Si alguno de los beneficiarios desea o requiere hacer su reclamación por separado deberá llenar solo las secciones 5 y 6 de esta forma, la cual puede obtener en las oficinas de Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A. de C.V. o en la página www.tokiomarine.com.mx.
- Recibida la documentación completa y correcta de cada beneficiario, el plazo para efectuar el pago se hará en un máximo de 30 días naturales de acuerdo a lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- El solo hecho de la recepción de documentación para la reclamación del seguro, no obliga a la Aseguradora a realizar el pago.
- La Aseguradora se reserva el derecho en caso necesario, de solicitar algún documento adicional a los mencionados.

3. Entrega de la documentación.

Esta solicitud y la documentación, debe entregarse al agente o directamente en las oficinas de Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

4. Servicio a clientes.

Para conocer el estado del trámite de reclamación consulte a su agente o llame al teléfono 01-800-22-86546 o 5278-2190 de Lunes a Viernes de 8 a 17:30 hrs

5. Datos del Asegurado.

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>
			Femenino <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento (día/mes/año)	Nacionalidad	Ocupación Habitual
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Nombre del cónyuge (En caso de haberlo)		
Datos del siniestro: Lugar (proporcione calle y número, colonia, ciudad, municipio y código postal)			Fecha (día/mes/año)

6. Datos de los beneficiarios (Antes de firmar lea la nota al final de la sección 6)

1. Nombre (s) del Beneficiario	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Parentesco
Domicilio	Colonia	Delegación	C.P.	Ciudad
Nacionalidad	RFC	CURP	No. De Identificación fiscal (extranjeros)	
Ocupación o actividad	Correo electrónico		Teléfono (clave lada)	

¿Desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno Federal, estatal o Municipal en el último año?

Si No Definir cargo: Dependencia:

Autorizo a la Aseguradora para que en caso de proceder el pago de la indemnización, se deposite en la Cuenta a mi nombre de:

Banco y Núm. de Sucursal (solo moneda nacional)	CLABE Interbancaria	Firma de autorización
---	---------------------	-----------------------

Lugar y fecha	Firma de Conformidad
---------------	----------------------

2. Nombre (s) del Beneficiario	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Parentesco
--------------------------------	------------------	------------------	---------------------	------------

Domicilio		Colonia	Delegación	C.P.	Ciudad
Nacionalidad	RFC	CURP		No. De Identificación fiscal (extranjeros)	
Ocupación o actividad		Correo electrónico			Teléfono (clave lada)
¿Desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno Federal, estatal o Municipal en el último año?					
Si		No		Definir cargo:	
			Dependencia:		
Autorizo a la Aseguradora para que en caso de proceder el pago de la indemnización, se deposite en la Cuenta a mi nombre de:					
Banco y Núm. de Sucursal (solo moneda nacional)			CLABE Interbancaria	Firma de autorización	
Lugar y fecha					
Firma de Conformidad					
3. Nombre (s) del Beneficiario		Apellido Paterno	Apellido Materno		Fecha de Nacimiento
Domicilio		Colonia	Delegación/Municipio		C.P.
Nacionalidad		RFC	CURP		No. De Identificación fiscal (extranjeros)
Ocupación o actividad		Correo electrónico			Teléfono (clave lada)
¿Desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno Federal, estatal o Municipal en el último año?					
Si		No		Definir cargo	
			Dependencia		
Autorizo a la Aseguradora para que en caso de proceder el pago de la indemnización, se deposite en la Cuenta a mi nombre de:					
Banco y Núm. de Sucursal (solo moneda nacional)			CLABE Interbancaria	Firma de autorización	
Lugar y fecha					
Firma de Conformidad					
4. Nombre (s) del Beneficiario		Apellido Paterno	Apellido Materno		Fecha de Nacimiento
Domicilio		Colonia	Delegación		C.P.
Nacionalidad		RFC	CURP		No. De Identificación fiscal (extranjeros)
Ocupación o actividad		Correo electrónico			Teléfono (clave lada)
¿Desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno Federal, estatal o Municipal en el último año?					
Si		No		Definir cargo	
			Dependencia		
Autorizo a la Aseguradora para que en caso de proceder el pago de la indemnización, se deposite en la Cuenta a mi nombre de:					
Banco y Núm. de Sucursal (solo moneda nacional)			CLABE Interbancaria	Firma de autorización	
Lugar y fecha					
Firma de Conformidad					
Nota: El beneficiario contará con 30 días naturales posteriores a la fecha del depósito para efectuar cualquier reclamación, siempre y cuando no haya dispuesto de el en forma parcial o total.					
FINIQUITO. Mediante el depósito efectuado a mi cuenta Bancaria por mi instrucción, doy por pagado el beneficio que me corresponde, originado por el contrato señalado, otorgando el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome acción ni derecho alguno que ejercitar en contra de Tokio Marine Compañía de Seguros, S.A. de C.V y/o de las personas físicas y morales relacionadas con la misma.					
FORMULARIO MEDICO SOBRE LAS CAUSAS DE LA MUERTE DEL ASEGURADO. Los puntos (7, 8, 9 y 10), deben ser llenados por el médico que extendió el certificado de defunción o el que atendió al Asegurado durante su enfermedad.					
7. Datos sobre el fallecimiento					
Nombre (s) del asegurado		Apellido Paterno		Apellido Materno	
				Fecha del fallecimiento (día/mes/año)	
Lugar (donde falleció)		Hospital o Sanatorio (donde falleció)			Hora de fallecimiento

En caso de muerte violenta o accidental indique que autoridad tomó conocimiento de los hechos:			
8. Certificación Médica: Es necesario que las causas de defunción se anoten de acuerdo con el modelo del certificado internacional que comprende las partes I "Causas de defunción" y la II "Otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal básica".			
I. Causas de defunción		Intervalo entre su inicio y la muerte	
A) Enfermedad u otra causa que directamente provocó la muerte.			
B) Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte.			
C) Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad que produjo la muerte.			
II. Otros estados patológicos que tuvieron relación con la enfermedad principal.			
D) Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal.			
9. Datos adicionales.			
Síntomas iniciales.			
Fecha de inicio de síntomas	Fecha de la primera consulta	Fecha de diagnóstico	Fecha de la última consulta
Datos clínicos de la evolución.			
Resumen clínico de otros padecimientos que usted trató y no están relacionados con la muerte.			
Número de consultas	Fechas	¿Cuánto tiempo conoció al finado?	
En caso de no ser usted el médico tratante, explique detalladamente, la razón por la que certifica la muerte.			
10. Datos del Médico			
1. Nombre del Médico.			Cédula Profesional No.
Domicilio	Ciudad	CP	Teléfono
Lugar y fecha		Firma	

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, protegida por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y en términos de nuestro Aviso de Privacidad, publicado en nuestra página de internet. El formato y la información contenida en él, son de uso exclusivo de TMX. Queda estrictamente prohibido el uso, venta, copia, reproducción y/o distribución de este formato así como de la información contenida en el mismo para personas no autorizadas, en beneficio propio o de terceros. Todo uso indebido del mismo podrá constituir un delito y TMX podrá ejercer las acciones legales pertinentes en contra de quien resulte responsable.