

Acuse de documentos recibidos para tramite de reclamaciones – Vida Líneas Personales

1.- Información General		
Nombre del Asegurado		No. de pólizas
Nombre de la persona que entrega la documentación		
Relación con el Asegurado		No. de siniestro
Nombre del Agente	Correo electrónico	Teléfono

1A.- Información de la persona a quien se contactara para dar seguimiento al trámite		
Nombre del contacto		Parentesco
Correo electrónico		Teléfono con lada

2.- Documentación a presentar dependiendo del tipo de reclamación a atender

a).-Fallecimiento		
Original	Copia	Documentos recibidos (indicar específicamente si se recibe original o copia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Póliza Original
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acta de Defunción Original
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato Declaración de Fallecimiento No. 1 llenada y firmada por cada uno de los beneficiarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acta de Nacimiento de los Beneficiarios en caso de que sean menores de edad (Copia fotostática)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato de Identificación del Cliente e Información para el Pago llenado y firmado por cada beneficiario en original
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia cotejada del comprobante de domicilio de los beneficiarios, el cual no debe tener una antigüedad mayor a 3 meses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial de los Beneficiarios (Copia fotostática) Presentar original para su cotejo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado de cuenta bancario a nombre del beneficiario del pago, el cual no debe tener una antigüedad mayor a 3 meses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial del Asegurado (Copia fotostática)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soporte de servicios funerarios

a-1).-Si el fallecimiento fue por causas violentas como homicidio, suicidio o accidente además se requiere:		
Original	Copia	Documentos recibidos (indicar específicamente si se recibe original o copia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actuaciones completas de la autoridad que tomó conocimiento del hecho certificadas por el Ministerio Público ejemplo: actas en donde se mencione, como sucedieron los hechos, declaración de los testigos si los hay, identificación del cadáver, necropsia, resultados de los estudios toxicológicos y de alcoholemia, conclusiones)

a-2).-Si el fallecimiento fue por enfermedad, además de se requiere:		
Original	Copia	Documentos recibidos (indicar específicamente si se recibe original o copia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado Médico de Defunción (Copia fotostática)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato Declaración de Fallecimiento No. 2 llenada y firmada por el médico certificante de la defunción.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historia Clínica Completa, con fechas de diagnóstico, evolución y tratamiento.

b).-Coberturas adicionales de Invalidez, BIT, Cobertura Mujer, Cáncer y otras Enfermedades Graves, Indemnización por Hospitalización, SEV y Pérdidas Orgánicas

Documentos recibidos (indicar específicamente si se recibe original o copia)		
Original	Copia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de la póliza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato de Declaración para el trámite de reclamación de los Beneficios Adicionales llenado y firmado por el Asegurado en original y marcar la cobertura solicitada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historia clínica completa con diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico del padecimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estudios de gabinete y laboratorio que respaldan el diagnóstico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato de Identificación del Cliente e Información para el Pago llenado y firmado por el Asegurado en original
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia cotejada del comprobante de domicilio del Asegurado, el cual no debe tener una antigüedad mayor a 3 meses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial del Asegurado (Copia fotostática) presentar original para su cotejo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado de cuenta bancario a nombre del asegurado, el cual no debe tener una antigüedad mayor a 3 meses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato de Informe médico de Beneficio de Indemnización por Pérdidas Orgánicas llenar adicional si se reclama.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoja de Egreso Hospitalario debidamente llenado adicional si se reclama Indemnización Diaria por Hospitalización)

c).-Reembolso de Gastos Funerarios

Original	Copia	Documentos recibidos (indicar específicamente si se recibe original o copia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acta de Defunción del Asegurado o familiar (original)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial del finado y del solicitante (Copia fotostática) Presentar original para su cotejo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato de Identificación del Cliente e Información para el Pago en original
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprobante de parentesco del solicitante con la persona fallecida(acta de nacimiento, matrimonio, concubinato, etc)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Factura de servicios funerarios (emitida a nombre de la persona solicitante del pago)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato para reembolso de gastos funerarios en original
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado de cuenta bancario a nombre del beneficiario del pago, el cual no debe tener una antigüedad mayor a 3 meses

d).-Vencimientos de Dotes y Planes Profesionales

Original	Copia	Documentos recibidos (indicar específicamente si se recibe original o copia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato de Información del Cliente e Información para Pago
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado de cuenta bancario a nombre del beneficiario del pago, el cual no debe tener una antigüedad mayor a 3 meses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial de los Beneficiarios (Copia fotostática) Presentar original para su cotejo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial del Asegurado (Copia fotostática)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado de cuenta bancario a nombre del beneficiario del pago, el cual no debe tener una antigüedad mayor a 3 meses

e).- Otros documentos recibidos, detallar

Original	Copia	Documentos recibidos (indicar específicamente si se recibe original o copia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4.- Datos a llenar por la Barra de Servicio

Nombre de quien recibe	Firma
Puesto	Teléfono
Oficina de Servicio	Fecha

Notas:

- Durante el análisis de la reclamación se puede concluir que GNP requiere de Documentación complementaria para poder tomar una justa decisión de la procedencia del Siniestro, en estos casos se le hará saber y agradeceremos presentar dicha documentación.
- Para consulta del tramite del siniestro, puede comunicarse a la Cabina de Siniestros Vida al tel: (55) 58-09-24-62 en la Ciudad de México. Área Metropolitana y del interior al Tel: sin costo 01 (800) 911-8467.
- Para todos los casos, el domicilio actual anotado en los Formatos debe coincidir con el de la Identificación Oficial.
- Los Formatos se encuentran en la página www.gnp.com.mx en la dirección Soy Cliente>Formatos>Selecciona un ramo>Selecciona un trámite.
- El Acta de Defunción original se refiere a la Copia Certificada del Registro Civil, no se aceptan actas notariadas