

(ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO, SIRVASE UD. LEER ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE APARECEN A LA VUELTA)

PRUEBAS DE MUERTE RELACIONADAS CON EL SINIESTRO DE \_\_\_\_\_  
 ASEGURADO EN **SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA**, SEGÚN PÓLIZA NÚMERO \_\_\_\_\_  
 EXPEDIDA \_\_\_\_\_ POR LA CANTIDAD DE \$ \_\_\_\_\_

1.- NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS DEL FINADO CON TODAS SUS LETRAS.	
2.- DIRECCIÓN DEL FINADO (INCLUIR CÓDIGO POSTAL)	
3.- a) OCUPACIÓN, AL TIEMPO DE EMITIR LA PÓLIZA b) OCUPACIÓN, CUANDO OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO	A. _____ B. _____
4.- FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO (SI LA EDAD NO HA SIDO AÚN COMPROBADA POR LA COMPAÑÍA, EL RECLAMANTE DEBERÁ ADJUNTAR A ESTA DECLARACIÓN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO RESPECTIVO).	
5.- FECHA Y LUGAR DE FALLECIMIENTO.	
6.- ¿EN QUÉ OTRAS COMPAÑÍAS Y POR QUE SUMAS ESTABA ASEGURADA LA VIDA DEL FINADO?	_____
7.- ¿QUIÉN O QUIÉNES ESTABAN PRESENTES AL OCURRIR EL FALLECIMIENTO? (INDÍQUESE LOS NOMBRES Y DIRECCIONES DE TRES PERSONAS).	_____
8.- ¿CON QUÉ CARÁCTER O TÍTULO RECLAMA USTED EL SEGURO?	
9.- ¿PARENTESCO CON EL ASEGURADO?	
10.- ¿ES USTED MAYOR DE EDAD?	_____
11.- ¿DESEA USTED LLEVAR A CABO LA LIQUIDACIÓN DE ESTE SEGURO, DE ACUERDO CON ALGUNO DE LOS PLANES QUE SE INDICAN EN LA PÓLIZA DE LA PERSONA FALLECIDA? (EN CASO AFIRMATIVO, INDÍQUESE LA OPCIÓN).	_____
12.- a) ¿ERA CASADO EL ASEGURADO? b) ¿CUÁNTAS VECES LO FUÉ? c) INDÍQUESE LAS FECHAS Y DETALLES DE CADA MATRIMONIO	A. _____ B. _____ C. _____
13.- a) ¿DEJÓ TESTAMENTO EL ASEGURADO, O FALLECIÓ INTESTADO? b) SI EXISTE TESTAMENTO, INDIQUE SI POR DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA SE CAMBIO EN ALGUNA FORMA EL NOMBRAMIENTO DE BENEFICIARIO HECHO EN LA PÓLIZA, O EL MODO DE EFECTUAR EL PAGO DE LA MISMA.	A. _____ B. _____

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**CONSTANCIA**

HACEMOS CONSTAR QUE EN NUESTRA PRESENCIA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TESTIGOS:  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_

F-725-2

## AVISO

ANTES DE PROCEDER A LLENAR ESTÁ DECLARACIÓN, ROGAMOS SE LEAN CON ATENCIÓN Y SE CUMPLAN ESTRICTAMENTE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES ESPECIALES, TENIENDO CUIDADO DE REVISAR QUE TODAS LAS PREGUNTAS HAYAN SIDO CORRECTAMENTE CONTESTADAS EN ESTA FORMA SE EVITARÁN DEMORAS Y SE OBTENDRÁ AL DESPACHO INMEDIATO DE LA RECLAMACIÓN.

## INSTRUCCIONES ESPECIALES

**LA DECLARACIÓN NÚM. 1 DEBE SER CONTESTADA Y FIRMADA PERSONALMENTE POR EL BENEFICIARIO O CECIONARIO A QUIEN DEBA PAGARSE EL SEGURO EN CASO DE EXISTIR VARIOS BENEFICIARIOS, ÉSTOS PODRÁN CONTESTAR UNIDOS LA DECLARACIÓN. PERO SI LO DESEAN PUEDEN FORMULARLA SEPARADAMENTE EN ESTE CASO SE LE PROPORCIONARÁN ESQUELETOS A CADA UNO DE ELLOS.**

CUANDO LA PÓLIZA DEBA PAGARSE A LOS REPRESENTANTES LEGALES DEL ASEGURADO. LA DECLARACIÓN DEBERÁ SER FIRMADA POR EL ALBACEA, QUIEN DEBERÁ ACREDITAR SU NOMBRAMIENTO CON COPIA CERTIFICADA DE LAS CONSTANCIAS RESPECTIVAS DEL JUICIO SUCESORIO CORRESPONDIENTE.

EN CASO DE QUE EL BENEFICIARIO O CECIONARIO DE LA PÓLIZA QUE RECLAME EL PAGO DEL SEGURO, NO SEPA LEER, DEBERÁ EXPRESARSE ESTÁ CIRCUNSTANCIA, IMPRIMIR SU HUELLA DIGITAL, Y FIRMAR A SU RUEGO OTRA PERSONA LA CONSTANCIA QUE APARECE AL PIE DE LA DECLARACIÓN, DEBERÁ SUSCRIBIRSE POR DOS TESTIGOS Y PODRÁ LLENARSE CON LA SIGUIENTE REDACCIÓN:

"HACEMOS CONSTAR QUE A NUESTRA PRESENCIA  \_\_\_\_\_ IMPRIMIÓ SU HUELLA DIGITAL  
(AQUÍ EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO O CECIONARIO)

EN VIRTUD DE NO SABER FIRMAR. Y DESPUÉS DE ENTERARLO DE LAS CONTESTACIONES DADAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES, MANIFESTO EXPRESAMENTE SU CONFORMIDAD CON ELLAS, Y SU RUEGO FIRMO.



(AQUÍ EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE SUSCRIBA LA RECLAMACIÓN)

CUANDO UNA PÓLIZA DEBE PAGARSE A UN MENOR DE EDAD, LA DECLARACIÓN DEBERÁ SER HECHA POR SU REPRESENTANTE LEGAL, QUIEN DEBERÁ JUSTIFICAR SU CARÁCTER.

CUANDO UNA PÓLIZA HAYA SIDO CEDIDA, DEBERÁ ACOMPAÑARSE EL DOCUMENTO ORIGINAL DE TRASPASO O COPIA DEL MISMO. SI ACOMPAÑA SOLAMENTE LA COPIA, EL DOCUMENTO ORIGINAL DEBERÁ SER ENTREGADO A LA COMPAÑÍA CON LA PÓLIZA ANTES DE PAGARSE LA RECLAMACIÓN.

EN CASO DE QUE UN BENEFICIARIO SUBSTITUTO RECLAME EL PAGO DE LA PÓLIZA POR HABER FALLECIDO EL BENEFICIARIO PRINCIPAL, DEBERÁ JUSTIFICAR SU FALLECIMIENTO, EXHIBIENDO COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN.

SI EL IMPORTE TOTAL O PARCIAL DE UNA PÓLIZA DEBE PAGARSE "A LOS HIJOS" EN GENERAL, O "A LOS HIJOS HABIDOS EN EL

MATRIMONIO CON  \_\_\_\_\_", DEBERÁ RENDIRSE UNA INFORMACIÓN TESTIMONIAL ANTE LOS TRIBUNALES COMPETENTES SOBRE LAS FECHAS DE NACIMIENTO Y NOMBRES DE LOS HIJOS DEL ASEGURADO Y EXHIBIRSE A LA COMPAÑÍA COPIA CERTIFICADA DE DICHA INFORMACIÓN DE LAS ACTAS DE NACIMIENTO DE CADA UNO DE ELLOS, SI ALGUNO DE LOS "HIJOS" HUBIERE FALLECIDO, DEBERÁ PRESENTARSE COPIA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN.

SI AL OCURRIR EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, NO HABÍA SIDO AÚN ADMITIDA SU EDAD POR LA COMPAÑÍA, EL RECLAMANTE DEBERÁ COMPROBARLA PRESENTANDO EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO U OTRO DOCUMENTO FEHACIENTE.

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA POR ACCIDENTE, PROYECTIL DE ARMAS DE FUEGO, ETC., Y OTRA CAUSA VIOLENTA SEMEJANTE, LOS INTERESADOS DEBERÁN FACILITAR DETALLES COMPLETOS DEL SINIESTRO, INDICANDO SI EL FINADO RECIBIÓ O NO ASISTENCIA MÉDICA; Y EN SU CASO DEBERÁN PRESENTAR A LA COMPAÑÍA COPIA DE LA ACTA LEVANTADA POR LAS AUTORIDADES, ASÍ COMO RECORTES DE PERIÓDICO QUE HAGAN REFERENCIA A LA MUERTE DEL ASEGURADO.

**LA DECLARACIÓN NÚM. 2 DEBERÁ SER FORMULADA, DE SU PUÑO Y LETRA, POR EL MÉDICO QUE ASISTIÓ AL DIFUNTO DURANTE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD.**

SIEMPRE QUE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO HAYA MOTIVADO LA INVESTIGACIÓN JUDICIAL, DEBERÁ ACOMPAÑARSE COPIA CERTIFICADA DE LAS PRINCIPALES DILIGENCIAS QUE ACLAREN Y JUSTIFIQUEN LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO.

**LA DECLARACIÓN NÚM. 3 DEBERÁ SER FORMULADA POR UNA PERSONA MAYOR DE EDAD, QUE HAYA CONOCIDO A FONDO Y NO TENGA INTERÉS ALGUNO EN LA RECLAMACIÓN.**

TODAS LAS PREGUNTAS QUE CONTIENEN LAS DECLARACIONES, DEBERÁN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y PRECISA, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE EXIGIR INFORMACIONES ADICIONALES SI LO CONSIDERA CONVENIENTE.

NO ES NECESARIA LA INTERVENCIÓN DE TERCERAS PERSONAS PARA EL COBRO DE LA PÓLIZA DE SEGURO; EN CONSECUENCIA EVÍTESE EL PAGO DE COMISIONES U HONORARIOS, FORMULANDO SU RECLAMACIÓN DIRECTAMENTE A LA COMPAÑÍA.

### CUESTIONARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER CONTESTADO DE PUÑO Y CON LETRA DE MOLDE DEL MÉDICO QUE EXTENDIÓ EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O EN SU DEFECTO POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO.

**Datos del Asegurado:**

1.- Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno    Apellido Materno    Nombre(s)

2.- Domicilio al momento del Fallecimiento: \_\_\_\_\_  
Calle    No.    Colonia /Fraccionamiento  
 \_\_\_\_\_  
C.P.    Ciudad/Población    Estado

3.- Edad al Fallecimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Fecha del Fallecimiento: \_\_\_\_\_  
Día    Mes    Año

4.- Lugar del Fallecimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Población    Estado

5.- ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? Domicilio Particular  Hospital  Sanatorio  Clínica  Otro  Especifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Dirección (Calle No., Colonia/Fraccionamiento, C.P., Ciudad/Población, Estado)

6.- ¿Desde cuándo conocía al finado? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo lo atendió por primera vez? \_\_\_\_\_  
Día    Mes    Año    Día    Mes    Año

7.- ¿Motivo? \_\_\_\_\_

8.- ¿Extendió usted el Certificado de Defunción? SI  NO  Motivo: \_\_\_\_\_

9.- ¿Cuándo fue consultado por primera vez acerca de las causas del fallecimiento? \_\_\_\_\_  
Día    Mes    Año  
 Especifique: \_\_\_\_\_

10. ¿El fallecimiento fue ocasionado por lesiones que se causó el Asegurado, o como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol, algún estupefaciente o sustancia psicotrópica? SI  NO   
 Especifique: \_\_\_\_\_

11.- ¿En que enfermedades, afecciones, operaciones, etc., asistió al Asegurado o fue consultado antes del padecimiento que motivo la muerte? (Detallar en el cuadro siguiente):

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	No. DE VECES	FECHA	DURACIÓN	SECUELAS

12.- Mencione el nombre de otros Médicos que hayan atendido al Asegurado:

Nombre(s) y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle No.    Colonia/Fraccionamiento    Ciudad/Población    Estado

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Nombre(s) y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle No.    Colonia/Fraccionamiento    Ciudad/Población    Estado

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

**Causas de la Defunción:**

<p><b>PARTE I</b></p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la Muerte directamente</p>	<p>Anote una sola causa en cada renglón (No deben señalarse modos de morir)</p> <p>a) _____ Debido a (o como consecuencia de)</p>	<p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Causas, antecedentes. Estados morbosos, si existiera(n) alguno(s) que produjo(eron) la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.</p>	<p>b) _____ Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) _____ Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>PARTE II</b></p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionado con la enfermedad o estado morbooso que la produjo.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>

**Causas Básicas de la Defunción:** \_\_\_\_\_

**Datos del Médico que requisita este Cuestionario:**

Nombre(s) y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle No.                      Colonia/Fraccionamiento                      Ciudad/Población                      Estado

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

No. de Cédula de la Dirección General de Profesiones: \_\_\_\_\_

No. del Certificado del Consejo de Especialidad: \_\_\_\_\_

No. de Cédula de Especialidad: \_\_\_\_\_

Institución a la que pertenece: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_

En este acto autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para que en caso de que así lo decida, solicite, requiera y obtenga del (los) médico(s), hospital(es), sanatorio(s), clínica(s), laboratorio(s), gabinete(s) y/o establecimiento(s) en los que haya sido atendido el Asegurado, toda la información sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamientos, así como el (los) expediente(s) y/o resumen(es) clínico(s) y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre su(s) enfermedad(es) y/o accidente(s) y/o tratamiento(s) proporcionado(s) al Asegurado.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Ciudad/Población

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

**AVISO**

Antes de realizar esta declaración, deberá leer y cumplir estrictamente las instrucciones especiales de llenado y contestar cada una de las preguntas que se relacionan a continuación.

**INSTRUCCIONES ESPECIALES**

La Declaración debe hacerla una persona legalmente capacitada y no estar sujeta a un proceso de interdicción; que haya conocido al asegurado y que no tenga interés alguno en la reclamación.

Este formato deberá ser llenado con letra de molde y las preguntas deberán ser contestadas de manera clara y precisa.

El apartado de constancia deberá ser llenado por dos personas que no se encuentren legalmente incapacitadas o que no se encuentren en un proceso de interdicción y que conozcan al testigo principal.

**Datos Generales del Testigo**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Clave Lada:	Teléfono No.:
Tipo de Identificación:			Núm. de Identificación:		

**DECLARACIÓN  
 Datos del Finado**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Clave Lada:	Teléfono No.:
Ocupación:					

**Datos del Médico 1 que atendió al Asegurado**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:

**Datos del Médico 2 que atendió al Asegurado**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:

**Datos Adicionales**

¿Cuánto tiempo conoció al finado?

Tipo de relación que tenía con el finado:

Causas de la muerte:

¿Vió usted el cadáver?

SI  NO

¿Le consta que el cadáver de la persona fallecida llevaba el nombre y apellidos arriba indicados?

SI  NO

Fecha de la Defunción

Día Mes Año

¿En donde se realizaron los servicios funerarios?

Si la muerte fue violenta indique que autoridad tomo conocimiento del hecho:

Hago constar que esta declaración la realizó voluntariamente y que mi consentimiento no se encuentra viciado; que tengo capacidad natural y legal, y no estoy sujeto a un procedimiento de interdicción, por lo que estoy dispuesto(a) a ampliar y/o ratificar este testimonio.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Población

Firma del Declarante

**Constancia**

Hacemos constar que este testimonio ha sido proporcionado voluntariamente y firmado en nuestra presencia, por el (la) \_\_\_\_\_, y no hemos observado en el (ella) alguna incapacidad natural, y no tenemos conocimiento de que este sujeto(a) a un procedimiento de interdicción, lo anterior lo atestiguamos ya que lo (la) conocemos y nos manifestó que las declaraciones anteriores las ha hecho de buena fe y están ajustadas a la verdad.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Calle:

Edificio:

No. Exterior / No. Interior

Colonia / Fraccionamiento:

Código Postal:

Delegación / Municipio:

Ciudad / Población:

Entidad Federativa (Estado):

País:

Teléfono No.:

Firma

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Calle:

Edificio:

No. Exterior / No. Interior

Colonia / Fraccionamiento:

Código Postal:

Delegación / Municipio:

Ciudad / Población:

Entidad Federativa (Estado):

País:

Teléfono No.:

Firma