

Estimado Beneficiario:

Lamentamos mucho tu pérdida, te pedimos que completes el siguiente formulario de reclamación por fallecimiento.

Una vez recibido este formulario por el Área de Reclamaciones recibirás la confirmación de recepción correspondiente.

El Área de Reclamaciones podrá emitir cualquiera de las siguientes resoluciones:

- Procedencia de la reclamación de forma directa, por contar con todos los elementos (datos) y documentos necesarios.
- Requerimiento de información y/o documentos adicionales para el análisis y determinación de la procedencia o no de la reclamación.
- Rechazo de la solicitud de reclamación y explicación de la no procedencia.

Datos del Asegurado

Nombre Completo										
Teléfono Móvil / Fijo										Correo Electrónico
+										

Datos de la Póliza originalmente contratada

Número de Póliza	
Fecha de Inicio de Vigencia (DD/MM/AAAA)	Prima Anual
	USD \$

*Discalimers Beneficiario(s):

A) En caso de que el o los Beneficiarios fueran menores de edad, deberá firmar la solicitud de reclamación el padre, la madre o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad sobre el menor, debiendo adjuntar el documento legal que así lo acredite, junto con copia simple de su identificación.

B) Si el Beneficiario Principal fallece antes que el Asegurado, el beneficio se pagará a los Beneficiarios Principales sobrevivientes, y si no hubiera ningún Beneficiario Principal sobreviviente, entonces el beneficio se pagará a los Beneficiarios Contingentes. Si ningún Beneficiario vive al fallecer el Asegurado, la Aseguradora considerará como Beneficiario a la sucesión del Asegurado.

C) En caso de que el o los Beneficiarios se encuentren médicamente imposibilitados para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo o los tenga bajo su cuidado tramite un juicio de interdicción, debiendo adjuntar la resolución que lo autorice como responsable, junto con copia simple de su identificación.

D) En caso de que el o los Beneficiarios cedan sus derechos como Beneficiarios de la Póliza, deberá realizar el trámite de reclamación el cesionario, debiendo adjuntar el documento en virtud del cual se realizó la cesión, junto con copia simple de su identificación.

E) En caso de que el o los Beneficiarios no puedan comparecer y/o ejecutar la reclamación de forma directa, el trámite de reclamación podrá realizarlo un apoderado legal (debidamente otorgado ante fedatario público), debiendo adjuntar el instrumento en el que se otorgaron dichos poderes, junto con copia simple de su identificación.

F) En el supuesto de que la persona que reclame el pago del seguro no sepa o no pueda firmar, deberá expresar esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y que dos personas firmen a su ruego como testigos.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0069-0403-2025.

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.

📍 Aristóteles No. 77, piso 1 despacho 104, col. Polanco Reforma,
Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11550, México, CDMX.

☎ +52 56 4004 4935 🌐 ole-sp.com.mx

Aviso de Privacidad disponible en www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/

Datos del o los Beneficiarios

Por favor, completa estos datos por cada beneficiario:

i) Datos Generales del Beneficiario 1

Nombre Completo	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	Lugar de nacimiento
Género (Femenino / Masculino)	Parentesco o vínculo con el Asegurado
RFC	CURP
Teléfono Móvil / Fijo	Correo Electrónico
+	
Dirección	
Tipo y Número de Identificación	PEP (Sí/No)

ii) Información Bancaria del Beneficiario 1

Nombre Completo del Titular		
Nombre del Banco	Tipo de Cuenta	Moneda de la Cuenta
Número de Cuenta	Número de Clave Interbancaria/SWIFT/ABA	

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0069-0403-2025.

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.

📍 Aristóteles No. 77, piso 1 despacho 104, col. Polanco Reforma,
Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11550, México, CDMX.

☎ +52 56 4004 4935 🌐 ole-sp.com.mx

Aviso de Privacidad disponible en www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/

Declaraciones del Beneficiario 1

Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada es verdadera, completa y correcta.

Reconozco que la presente solicitud de reclamación forma parte de la documentación contractual del seguro del que soy beneficiario y su expediente.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar información adicional que aclare o complemente la documentación recibida o de practicar las investigaciones o pruebas que resulten necesarias para proceder al dictamen definitivo de la reclamación, esto en apego al artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro. Entiendo que la aceptación de la reclamación solicitada a través del presente formato queda a discreción de la Aseguradora, en caso de ser aceptada, la misma se notificará a través de la emisión y envío de la confirmación correspondiente y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

Queda expresamente convenido que al recibir el pago de las sumas aseguradas al o los Beneficiarios del seguro, los mismos otorgan a favor de la Aseguradora el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservándose acción o derecho que ejercer en contra de la Aseguradora, sea de naturaleza civil, penal o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fuera materia de la reclamación presentada al amparo de la Póliza de seguros contratada por el Asegurado.

Autorizo a los médicos y hospitales que atendieron al Asegurado a otorgar a la Aseguradora los informes médicos, expedientes e historial médico que pudieren llegar a solicitar con la finalidad de que puedan llevar a cabo la evaluación de la reclamación.

Entiendo que toda persona que, conscientemente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a la Aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información, declaración y/o documentación falsa, incompleta o engañosa podrá ser tipificada como fraude de seguros, perdiendo el derecho a cobrar las sumas aseguradas e incluso quedando sujeto a la aplicación de sanciones civiles y/o penales.

☐ **Aviso de Privacidad y consentimiento para manejo de datos:** Declaro que el Aviso de Privacidad me fue proporcionado debidamente por la Aseguradora, que lo he leído, que conozco los términos y alcances del mismo y otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales de conformidad con los lineamientos ahí contenidos.

Firma del Beneficiario

Fecha de Firma de la reclamación: __/__/__

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0069-0403-2025.

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V.

📍 Aristóteles No. 77, piso 1 despacho 104, col. Polanco Reforma,
Alcaldía Miguel Hidalgo C.P. 11550, México, CDMX.

☎ +52 56 4004 4935 🌐 ole-sp.com.mx

Aviso de Privacidad disponible en www.ole-sp.com.mx/Aviso-de-Privacidad/

Motivo de la Reclamación: Fallecimiento**A) Por enfermedad o consecuencia de una enfermedad pre-existente:****i) Datos Generales**

Causa de Fallecimiento		
Fecha de Fallecimiento (DD/MM/AAAA)	Hora de Fallecimiento	Lugar de Fallecimiento

ii) Datos de los Médicos y Hospitales que trataron a la persona fallecida los últimos 5 años

Nombre Completo	Especialidad										
Número de Cédula Profesional Médico General	Número de Cédula Profesional de la Especialidad										
Correo electrónico	Teléfono										
	+ <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Hospital donde se atendió el Asegurado											
Fecha de la primera consulta del Asegurado por su última enfermedad (DD/MM/AAAA)	Fecha de la última consulta del Asegurado (DD/MM/AAAA)										
Enfermedades, Diagnósticos y Antecedentes Médicos											
Tratamiento											
Condiciones Médicas Subyacentes y/u otros Factores de Riesgo											
¿El Asegurado presenta antecedentes de abuso de alcohol y/o drogas? (Sí/No) Brindar detalles.											

Declaración del Médico

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el Asegurado para que otorguen a la Aseguradora todos los informes médicos, expedientes e historial médico, e incluso aquellos relacionados con padecimientos anteriores que pudiere llegar a solicitar la Aseguradora con la finalidad de que puedan llevar a cabo la evaluación de la reclamación. Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada es correcta y verdadera y entiendo que cualquier persona que presente información declaración y/o documentación falsa, incompleta o engañosa podrá ser tipificada como fraude de seguros, quedando sujeto a la aplicación de sanciones civiles y/o penales.

- ☐ Declaro que el Aviso de Privacidad me fue proporcionado debidamente por la Aseguradora, que lo he leído, que conozco los términos y alcances del mismo y otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales de conformidad con los lineamientos ahí contenidos

Firma del Médico

Fecha de Firma de la reclamación: __/__/__

B) Por homicidio

i) Datos Generales

Motivo (en caso de conocerse)
Sospechoso(s)
Detenido(s)

ii) Testigo(s)

Testigo 1

Nombres	
Correo electrónico	Teléfono
	+

Testigo 2

Nombres	
Correo electrónico	Teléfono
	+

iii) Agencia investigadora

Nombre de la Agencia	Encargado
Correo electrónico	Teléfono
	+
Carpeta de Investigación	
Número / Folio:	Unidad Asignada:

C) Por Suicidio

i) Datos Generales

Motivo (en caso de conocerse)

ii) Testigo(s)

[illegible]

iii) ¿Se realizó autopsia?

☐ Sí ☐ No

Institución que realizó la autopsia															
Nombre Completo del Médico															
Correo electrónico						Teléfono									
						+									
Dirección del Médico															
Resultado de la autopsia															

Informe del Médico Tratante

A) Datos del Médico Tratante

Nombre del Médico	Especialidad										
Número de Cédula Profesional Médico General	Número de Cédula Profesional de la Especialidad										
Correo electrónico	Teléfono										
	+										
Domicilio											

B) Datos del Asegurado

Nombre Completo	
Causa del fallecimiento	
Condiciones médicas subyacentes y/u otros factores de riesgo	
Fecha de la primera consulta por la última enfermedad	Fecha de la última consulta
Diagnósticos y antecedentes médicos	

D) Antecedentes de abuso de alcohol o drogas

Sí / No	Detalles

- ☐ Declaro que el Aviso de Privacidad me fue proporcionado debidamente por la Aseguradora, que lo he leído, que conozco los términos y alcances del mismo y otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales de conformidad con los lineamientos ahí contenidos

Declaración del Médico

Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el Asegurado para que otorguen a la Aseguradora todos los informes médicos, expedientes e historial médico, e incluso aquellos relacionados con padecimientos anteriores que pudiere llegar a solicitar la Aseguradora con la finalidad de que puedan llevar a cabo la evaluación de la reclamación. Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada es correcta y verdadera y entiendo que cualquier persona que presente información declaración y/o documentación falsa, incompleta o engañosa podrá ser tipificada como fraude de seguros, quedando sujeto a la aplicación de sanciones civiles y/o penales.

- ☐ Declaro que el Aviso de Privacidad me fue proporcionado debidamente por la Aseguradora, que lo he leído, que conozco los términos y alcances del mismo y otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales de conformidad con los lineamientos ahí contenidos

Firma del Médico

Fecha de Firma de la reclamación: __/__/__