

Asegurado o Beneficiario:

Lamentamos mucho tu pérdida o la situación por la que estás pasando, te pedimos que completes el siguiente formulario de reclamación por Muerte o Invalidez Accidental.

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.

Persona que realiza la reclamación

☐ Asegurado – Invalidez por accidente ☐ Beneficiario(s) - Muerte por accidente

Datos de la Póliza

Número de Póliza	Fecha de Inicio de Vigencia (DD/MM/AAAA)

Datos del Contratante/Asegurado

Nombre Completo										
Teléfono Móvil / Fijo										Correo Electrónico
+52										

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: Invalidez Accidental

i) Datos Generales

Fecha del Accidente (DD/MM/AAAA)	Dirección / Ubicación del Accidente
Tipo de Accidente	
Detalles del Accidente	
Descripción de la/las lesiones que ocasionan la invalidez	
Diagnóstico	
Fecha de Diagnóstico (DD/MM/AAAA)	
Cirugías o procedimientos (incluir aquellos realizados y aquellos programados)	
Tratamientos	

ii) ¿Ha presentado reclamaciones por este padecimiento en esta u otras compañías anteriormente?

☐ Sí
 ☐ No

Compañía	
Número de Siniestro	Fecha de presentación de la Solicitud de Reclamo (DD/MM/AAAA)

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/

iii) Datos del médico tratante que ha atendido al asegurado en virtud del accidente que causó la invalidez

Nombre Completo	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>										
Diagnóstico											
Tratamiento											

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: __/__/__

iv) Agencia Investigadora (si aplica)

Nombre de la Agencia	Encargado										
Teléfono	Correo Electrónico										
+ <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
Carpeta de Investigación											
Número / Folio:	Unidad Asignada:										

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 Contratante y/o Asegurado

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 Asegurado 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 Asegurado 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 me atiendan en mi carácter de 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.

Firma del Contratante y/o Asegurado

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: Muerte Accidental

i) Datos del o los Beneficiarios

Por favor, completa estos datos por cada beneficiario:

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

Información Bancaria del Beneficiario

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

*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) En caso de que el o los beneficiarios nombrados hayan fallecido antes que el Asegurado y éste no hubiere realizado una nueva designación, la suma asegurada se pagará a los herederos legales del Asegurado, por lo que será necesario adjuntar la copia certificada del testamento incluyendo el nombramiento de los herederos y del albacea, junto con copia simple de su identificación.

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.

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/

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.

Declaraciones del Beneficiario

Por favor, completa estos datos por cada beneficiario, imprimiendo este formato para cada uno de ellos:

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/

ii) Datos Generales

Fecha del Accidente (DD/MM/AAAA)		Dirección/ubicación del Accidente	
Tipo de Accidente			
Detalles del Accidente			
Fecha de Fallecimiento (DD/MM/AAAA)	Hora de Fallecimiento	Lugar de Fallecimiento	

iii) Datos del médico que levantó el certificado médico en el que se hizo constar el fallecimiento

Nombre Completo											
Correo Electrónico						Teléfono					
						+					

iv) Agencia Investigadora (si aplica)

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

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/

vi) Datos sobre la compañía o agencia funeraria:

Nombre de la Compañía	Nombre del Responsable de la Funeraria
Correo Electrónico	Teléfono
	+
¿El cuerpo fue enterrado o cremado?	

vii) ¿Se realizó autopsia?
☐ Sí ☐ No

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

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/