

Póliza:.....

Fecha de reclamación:.....

Nombre de la Empresa o Patrón.....

Sección 1. Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de Nacimiento: Años Cumplidos..... RFC.....

CURP..... Estado Civil..... Lugar de Nacimiento.....

Nacionalidad..... Ocupación Principal.....

Domicilio habitual..... N° Int..... N° Ext.....

Colonia..... Alcaldía/Municipio..... Ciudad.....

Estado..... CP..... E-Mail.....

Sección 2. Datos de la Invalidez Total y Permanente

Institución de seguridad social que certifica la invalidez.....

Profesión u ocupación que desempeñaba previo a la invalidez.....

Fecha de dictamen de la invalidez.....

Sección 3. Datos de la Persona que entrega el Formato

Nombres y Apellidos.....

Domicilio:..... : No int..... No ext.....

Colonia:..... Alcaldía/Municipio..... Ciudad.....

Teléfono 1..... Teléfono 2..... Correo.....

Sección 4. Instrucciones de Pago

En caso de resultar procedente la reclamación, manifiesto mi consentimiento para que el pago se realice a través de transferencia electrónica a la cuenta que a continuación se indica (anexo estado de cuenta no mayor a tres meses a esta fecha, en caso de así solicitarlo).

Cheque: ☐ Transferencia: ☐ Banco:.....

Cuenta (11 dígitos).....

Clave interbancaria (18 dígitos):.....

Aviso de Privacidad

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., con domicilio ubicado en Blvd. Manuel Ávila Camacho, 32, piso 8, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11000, teléfono 554161-9550, es responsable del uso y protección de sus datos personales. Por lo que, le informamos que sus datos se tratarán confidencialmente y solo para las siguientes finalidades primarias: Identificación del titular; para la contratación del seguro que es de su interés; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de nuestra relación contractual; proveerle de las cotizaciones y de los productos que ha solicitado o contratado; para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos, para el trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas y para la operación, administración y análisis.

Para más información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral a través de nuestra página web: https://spsegurospatrimonial.mx/wp-content/uploads/2026/09/AVISO_DE_PRIVACIDAD_INTEGRAL.pdf

[INTEGRAL.pdf](#)

Avisos Legales

Como Beneficiario del Seguro de Vida, autorizo a Médicos y Hospitales que atendieron a la persona asegurada para que otorguen a Aseguradora Patrimonial Vida S.A de C.V., todos los informes relativos a la salud del asegurado, incluye los datos que correspondan a padecimientos anteriores. Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto de acuerdo con los datos proporcionados. Al efectuar el pago con la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo con las condiciones de la póliza, otorgo a favor de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda y reconozco el estado de cuenta, comprobante de depósito, ficha de pago, orden de pago o cheque que refleje el movimiento como acuse de recibo.

Fecha en: Ciudad:..... Estado:.....a..... de.....del.....

Nombre y firma del asegurado:RFC.....

Para el adecuado análisis de mi reclamación, se adjunta al presente formato la siguiente documentación:

- ☐ Original del Formato de Reclamación de Siniestro por Invalidez Total y Permanente.
- ☐ Informe o resumen médico que incluya todos los antecedentes y evolución del padecimiento (elaborado y firmado por el médico que diagnosticó o está tratando el padecimiento).
- ☐ Dictamen de invalidez total y permanente avalado por la Institución de Seguridad Social de derechohabencia de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo y a la normativa institucional vigente (formato RT-09).
- ☐ Exámenes, análisis y documentos que sirvieron para determinar la invalidez.
- ☐ Carta narrando los hechos emitida por el asegurado.
- ☐ Copia certificada original del acta de nacimiento formato actual.
- ☐ Copia del comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses).
- ☐ Copia de los últimos 3 recibos de nómina.
- ☐ Copia de la constancia de baja laboral o pensión (presentar original para cotejo).
- ☐ Copia simple de la identificación oficial del asegurado (presentar original para cotejo).
- ☐ Copia del Comprobante de domicilio de beneficiario (no mayor a 3 meses) (presentar Original para cotejo).
- ☐ Copia de la caratula de la póliza y consentimiento.
- ☐ Copia del estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses).

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a La Compañía de cualquier obligación.