

Estimado Cliente:

Como parte del apoyo que JAC Complete estará brindando a nuestros clientes afectados por el Huracán Otis recientemente, hemos implementado para ustedes un Apoyo Especial (sujeto a las Bases y/o Requisitos que se señalan en la presente) con apego a los Criterios Contables Especiales emitidos por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores- a través del Oficio Numero P-307/2023 (en lo sucesivo el "Oficio"), consistente en lo siguiente:

Aplazamiento del pago de la mensualidad de su crédito hasta por 6 meses, dirigido a personas físicas, personas físicas con actividad empresarial y personas morales con domicilio o fuente de pago que se encuentren en los municipios declarados como zona de desastre (Acapulco de Juárez y Coyuca de Benítez) y que estuvieran declarados como vigentes (atrasos menores o iguales a 3 mensualidades y/o menos de 90 días de atraso) al 24 de octubre de 2023.

- a) Durante los próximos 3 meses (Noviembre y Diciembre 2023 y Enero 2024) se aplicarán las ampliaciones de plazo en automático (en lo sucesivo el "Aplazamiento").
- b) De ser satisfactoria la domiciliación del mes de noviembre de 2023, se procederá con la **devolución** de dicha mensualidad.
- c) En caso que el cliente requiera continuar con el apoyo puede comunicarse a nuestro Servicio de Atención a Clientes durante el mes de Enero 2024 para solicitarlo para el mes subsecuente y así sucesivamente, no pudiendo exceder el apoyo al del mes de Abril 2024.

A quiénes aplica

Créditos dirigidos a personas físicas, personas físicas con actividad empresarial y personas morales con domicilio o fuente de pago que se encuentren en los municipios declarados como zona de desastre (Acapulco de Juárez y Coyuca de Benítez) y que estuvieran declarados como vigentes (atrasos menores o iguales a 3 mensualidades y/o menos de 90 días de atraso) al 24 de octubre de 2023.

Caducidad del Apoyo Especial

Pasada la mensualidad de Enero 2024, el cliente podrá comunicarse a Atención a Clientes para efecto de solicitar otros Aplazamientos por lo que hace a los meses de Febrero, Marzo y Abril 2024; los cuales serán otorgados a discreción de JAC Complete. Podrá ser solicitado un último aplazamiento a JAC Complete a más tardar el día 20 de marzo de 2023, por lo que respecta al pago de mensualidad del 1 abril de 2024.

Casos Especiales

En caso que JAC Complete hubiera otorgado condonación, bonificaciones o descuentos previos al periodo señalado anteriormente, no surtirá efecto el aplazamiento de forma automática, deberá ser solicitado por el cliente y se realizará una evaluación del caso para considerar la aplicación del apoyo.

Exclusiones

En caso que JAC Complete hubiera otorgado quita, no será considerado para el Apoyo Especial. Ser beneficiario en este periodo de la cobertura de desempleo por despido injustificado de CARDIF MÉXICO SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V., o estar en proceso del mismo.

Obligaciones del Cliente Beneficiario del Apoyo Especial

Diferimiento total de pagos de capital, intereses e impuestos hasta por 6 meses, conforme al proceso señalado en la Circular.

Durante el Aplazamiento los créditos se consideraran vigentes (atrasos menores o iguales a tres mensualidades y/o menos de 90 días de atraso).

No se reportará a Buró de Crédito como restructura en caso de tener atrasos menores o iguales a una mensualidad y no se verá impactado su historial crediticio.



Obligaciones del Cliente Beneficiario del Apoyo Especial



En su caso, el cliente deberá hacer llegar la documentación o bien la confirmación solicitada por JAC Complete al cliente, a fin de formalizar la aceptación del Apoyo Especial a más tardar el 31 de enero de 2024; situación que se le notificará al cliente que reúna los requisitos por correo electrónico y/o estado de cuenta a más tardar en los meses de noviembre y diciembre de 2023.

Seguir cumpliendo en tiempo y forma con las obligaciones establecidas en su Contrato, como lo es el pago de su mensualidad conforme a la nueva tabla de amortización que llegue a emitirse.

Cuando sea momento, contratar una póliza de seguro de daños (en lo sucesivo el “Seguro”) respecto del plazo adicionado correspondiente al Aplazamiento, de conformidad con las características, términos y condiciones señalados en la Cláusula Décima Tercera del Contrato, debiendo entregar a Cetelem S.A. de C.V. SOFOM E.R. con al menos 45 (cuarenta y cinco) días naturales de anticipación al vencimiento de su seguro, junto con la póliza correspondiente el comprobante de pago de la nueva póliza de dicho seguro, eximiendo a Cetelem S.A. de C.V. SOFOM E.R. de cualquier responsabilidad de contratar a su nombre durante este periodo dicha póliza; debiendo designar de forma irrevocable a Cetelem S.A. de C.V. SOFOM E.R. como beneficiario preferente de dicho Seguro.

Requisitos de las Bases del Programa de Apoyo Especial en Municipios de Guerrero (Crédito Auto)

Dichos cambios a su contrato de crédito, se comenzaran a implementar durante el mes de noviembre de 2023 con efectos retroactivos al 1° de noviembre de 2023 en ánimo de apoyo a nuestros clientes que cumplan los requisitos antes mencionados; acto que será notificado a su correo electrónico, lo anterior con fundamento en el **Oficio**, artículo 17 de las “Disposiciones de carácter general en materia de transparencia aplicables a las instituciones de crédito y sociedades financieras de objeto múltiple, entidades reguladas” así como por lo establecido en la Cláusula **Trigésima** de su Contrato, teniendo el cliente la oportunidad durante los próximos 30 días naturales al día de hoy para notificar a Atención a Clientes que es su deseo no aceptar el apoyo.

En caso de no aceptar el Apoyo Especial, conforme a la Cláusula antes mencionada los aplazamientos deberán entenderse por no realizados, para lo cual el cliente podrá optar por:

1. Solicitar la terminación anticipada del Contrato, trayendo como consecuencia la liquidación inmediata del saldo deudor que se tenía al 1 de noviembre de 2023 o
2. Continuar con el curso normal de su contrato, con el pago de sus mensualidades correspondientes al día 1 de noviembre conforme a la tabla de amortización de origen y en caso de no realizarlas, Cetelem S.A. de C.V. SOFOM E.R. haría exigible el saldo deudor que llegase a generarse, que incluiría a su vez los intereses ordinarios, comisiones e impuestos correspondientes.

En JAC Complete el cliente es nuestra prioridad.

***Nota:** Pudiendo añadirse más municipios como zona de desastre, de conformidad con lo establecido en el Oficio y en los Comunicados de Prensa que para tal efecto emitan la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

En caso de siniestro, te compartimos la información de contacto con nuestros socios:

Reporte Seguro de Auto

Si no cuentas con tu número de póliza, por favor comunícate con tu bróker:

JAC

Bróker INTERPROTECCIÓN

Tel. 55 9262 9065

Opción 1- digita 0.

Reporte de Reclamación Seguro de Auto Aseguradoras

Si necesitas realizar la reclamación del seguro de auto, comunícate con tu aseguradora, ten tu número de póliza a la mano:

Seguros GNP

Tel 55 5227 9000

Opción 1-1

Seguro Qualitas

Tel. 800 800 2880

WhatsApp 55 7962 7125

Reporte Seguro GAP

CARDIF Tel. 800 522 7343

Reporte Vida y Desempleo

CARDIF Tel. 800 522 7343

¿Tienes más dudas?

En caso de dudas adicionales con tu crédito, estos son los canales de comunicación que ponemos a tu disposición.

JAC

Teléfono: (55) 1100 0305

WhatsApp: (55) 6475-3142

clientes@jaccomplete.com.mx

Documentación para reclamación con Cardif (Vida, Desempleo y GAP)



La presente lista es **exclusiva** para clientes afectados por el Huracán Otis.

COBERTURAS

FALLECIMIENTO

DESEMPLEO

INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

GAP

DOCUMENTOS CONTINGENCIA

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
(Importante indicar el número de dossier del crédito reclamado).
- Acta de Defunción del Asegurado.

Con la presentación de la documentación indicada para la contingencia, se realizará el pago de las tres primeras mensualidades. Para el pago del resto de las mensualidades, el asegurado deberá acreditar que continua desempleado, presentando la documentación completa solicitada por la cobertura.

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado. (Importante indicar el número de dossier del crédito reclamado).
- Dictamen de Invalidez Total y Permanente, emitido por institución de seguridad social (En caso de que el asegurado cuenta con IMSS o ISSSTE) ó dictamen de invalidez total y permanente emitido por un especialista en medicina del trabajo (en caso de trabajadores independientes).

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
(Importante indicar el número de dossier del crédito reclamado).
- Dictamen médico que sugiera la Incapacidad Total Temporal, el cual contenga fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico y condición actual.

- Formato de reclamación debidamente llenado y firmado.
(Importante indicar el número de crédito reclamado).
- Finiquito de la aseguradora primaria. Indispensable que éste cuente con el desglose de la indemnización
- Factura de compra del vehículo siniestrado.

Formatos de Reclamación con Cardif

Reclamante:

☒ Asegurado

☐ Beneficiario

Tipo de Reclamación:

☐ Inicial

☐ Complemento

Fecha de Reclamación:

 / /

Asegurado y/o Contratante

Nombre			Apellido Paterno			Apellido Materno		
Dirección Calle y Número			Colonia			Estado o Entidad Federativa		
C.P.	Delegación o Municipio		Nacionalidad		País de Nacimiento		Póliza	
Fecha de Nacimiento		Teléfono de Contacto		Celular		Correo Electrónico		
/ /								
RFC / CURP (Opcional)				FIEL (Opcional)		Ocupación		

Beneficiario

Nombre			Apellido Paterno			Apellido Materno		
Dirección Calle y Número			Colonia			Estado o Entidad Federativa		
C.P.	Delegación o Municipio		Nacionalidad		País de Nacimiento			
Fecha de Nacimiento		Teléfono de Contacto		Celular		Correo electrónico		
/ /								
RFC / CURP (Opcional)				FIEL (Opcional)		Ocupación		

Cobertura Reclamada

☐ Fallecimiento
☐ Desempleo Involuntario
☐ Incapacidad Total Temporal
☐ Invalidez Total y Permanente

Con la firma del presente documento acepto que, en caso de ser procedente la reclamación antes descrita, el pago correspondiente sea realizado por la Compañía por medio de transferencia bancaria antes señalada, de la cual declaro ser titular o cotitular firmando en ella de forma independiente (no mancomunada);, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, por lo cual, una vez realizado el cobro reconozco y acepto que Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. ha cumplido con su obligación de pago derivada del presente reclamo y conforme a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, por lo que, en este acto, otorgo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho exista, no reservándome acción o derecho alguno en contra de Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.

"A fin de realizar el pago por transferencia, es necesario que anexe al presente formato, copia del estado de cuenta donde se refleje el número de cuenta y cuenta CLABE antes señalado."

Firma del Beneficiario

Fecha de Evento o Siniestro

 / /

Vigencia de Certificado de la Póliza

Fecha Inicio vigencia

Fecha Término de vigencia

 / /
 / /

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Declaro que la información aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo. En términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro acepto que la compañía tendrá derecho de exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.

Datos para la indemnización de su reclamo por medio de Transferencia

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO

NÚMERO DE CUENTA

CLABE

Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros de Vida S.A. de C.V., ubicada en Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, le informa que es la responsable del tratamiento y protección de sus datos personales y datos personales financieros, los cuales son recabados para cumplir identificarlo como cliente/beneficiario..

Para mayor información sobre el tratamiento de sus datos personales y ejercicio de sus derechos, conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento, usted puede acceder a www.cardif.com.mx a la sección Aviso de Privacidad."

Nota: La Documentación deberá ser enviada a Mesa de Control

Horario de recepción de documentación de Siniestros:
08:30 a 18:30 hrs. de Lunes a Jueves / Viernes de 08:30 a 14:30

Contacto Tel: 55 4123 0400 y 800 522 0983



Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México

Consentimiento

Por este medio autorizo a Cardif para tratar y en su caso transferir los datos personales, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para realizar encuestas de satisfacción respecto de los servicios proporcionados por Cardif.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Cardif y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad

Nombre y Firma

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Documentación Requerida para Atención de Siniestros

Nota: En todos los casos de reclamación es necesario anexar al presente formato:

- 1.- INE, Pasaporte y/o Cédula Profesional, Vigente del asegurado y beneficiarios (En caso de ser extranjero FM2 o 3)
- 2.- Último comprobante de pago de la póliza *(En caso de contar con esta)
- 3.- Certificado o carátula de la póliza *(En caso de contar con este)
- 4.- Comprobante de Domicilio, de igual manera para el (los) beneficiario (s) (Con antigüedad no mayor a 3 Meses)

Documentos requeridos adicionalmente (según el caso para cada cobertura)

FALLECIMIENTO

- ☐ Original y copia certificada del acta de defunción del asegurado.
- ☐ Copia del certificado de defunción del asegurado.
- ☐ Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya ocurrido de forma violenta.
- ☐ Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado, si no se ha comprobado previamente el edad del mismo.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- ☐ Original y copia certificada del dictamen de Invalidez Total y Permanente, expedido por una institución de Seguridad Social o en su defecto, por un médico que cuente con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública, (en el entendido de que el médico que emite el dictamen médico no podrá ser familiar del Asegurado) acompañado de los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición y en la descripción de la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

- ☐ A efecto de acreditar la relación laboral, la cual deberá ser de al menos 6 (seis) meses ininterrumpidos de antigüedad a la fecha de la reclamación de la indemnización por esta cobertura, alguno de los siguientes documentos: (1) copia del contrato laboral por tiempo indeterminado; (2) copia certificada de laudo arbitral que acredite la relación laboral; (3) copia de los últimos 6/12 recibos de nómina - según haya sido quincenales o mensuales - con numeración consecutiva, sustentada en estados de cuenta bancarios en los que se acrediten los depósitos al titular del recibo sin dependencia económica con otro empleador; (4) original de carta expedida por el patrón o empleador aceptando relación laboral.
- ☐ Para acreditar el despido injustificado, deberá presentarse original de cualquiera de los siguientes documentos: (1) comprobante de liquidación, (2) comprobante de finiquito donde se muestre la existencia de una indemnización, junto con los últimos 2 (dos) recibos o comprobantes de ingresos; (3) original de carta de patrón o empleador indicando el motivo de la separación; (4) copia certificada de la demanda respectiva presentada ante la junta de Conciliación y Arbitraje correspondiente.
- ☐ Estado de cuenta del crédito, el cual deberá estar al corriente de pago.
- ☐ En caso de ser aplicable (pago mensual) y una vez comprobado el estado de Desempleo Involuntario del Asegurado, para el pago de los siguientes pagos, el asegurado deberá acreditar a la Compañía, continuar desempleado, para ello deberá presentar en formato que al efecto determine la Compañía, acompañado de documento oficial que demuestre que no se encuentra cotizando en Instituto de Seguridad Social alguno.

DESEMPLEO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- ☐ Original de informe médico que sugiera la incapacidad total temporal (en el entendido de que el médico que emite el informe médico no podrá ser familiar del asegurado).
- ☐ Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados por interpretación (RX tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Incapacidad Total Temporal.

Formato de Reclamación - Siniestro Finiquito

Reclamante:

☐ Asegurado ☐ Beneficiario

Tipo de Reclamación:

☐ Inicial ☐ Complemento

Fecha de Reclamación:

 / /

Asegurado y/o Contratante

Nombre										Apellido Paterno										Apellido Materno																													
Dirección Calle y Número										Colonia										Estado o Entidad Federativa																													
C.P.										Delegación o Municipio										Nacionalidad										País de Nacimiento										Póliza									
Fecha de Nacimiento										Teléfono										Celular										Correo Electrónico																			
RFC / CURP (Opcional)										FIEL (Opcional)										Ocupación																													

Beneficiario

Nombre										Apellido Paterno										Apellido Materno																			
Dirección Calle y Número										Colonia										Estado o Entidad Federativa																			
C.P.										Delegación o Municipio										Nacionalidad										País de Nacimiento									
Fecha de Nacimiento										Teléfono										Celular										Correo electrónico									
RFC / CURP (Opcional)										FIEL (Opcional)										Ocupación																			

Cobertura Reclamada

Valor Factura ("Return to invoice (RTI)") ☐

Deducible Valor Factura ☐

Describe como ocurrió el Siniestro

Firma del Asegurado y/o Beneficiario

Fecha de Siniestro:

 / /
Vigencia de Certificado, Póliza y/o Contrato

Fecha Inicio vigencia

 / /

Fecha Término de vigencia

 / /

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Declaro que la información aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo. En términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro acepto que la compañía tendrá derecho de exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.

Datos para la indemnización de su reclamo

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO

NÚMERO DE CUENTA

CLABE

SUCURSAL

BANCO

Nota:- Será necesario llenar un formato por cada beneficiario designado.

En caso de ser procedente el presente reclamo, es mi deseo que el importe correspondiente sea depositado en la cuenta bancaria antes señalada, de la cual declaro ser titular o cotitular firmando en ella de forma independiente (no mancomunada); por lo que habiendo cumplido Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V. con la obligación de pago derivada del presente reclamo y conforme a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, en este acto, otorgo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho exista, no reservándome acción o derecho alguno que ejercer en contra de Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V.

"A fin de realizar el pago correspondiente, es necesario que anexe al presente formato, copia del estado de cuenta donde se refleje el número de cuenta y cuenta clabe antes señalado"

Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V., (en lo sucesivo y conjuntamente "Cardif"), con domicilio en Avenida Ejercito Nacional 453 piso 10, colonia Granada, C.P. 11520, Ciudad de México, le informa que los datos personales recabados, serán protegidos de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás regulación aplicable.

El tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad, de forma enunciativa más no limitativa, de analizar las circunstancias relacionadas con el siniestro que se reclama, así como cumplir con las obligaciones legales que le deriven a Cardif, para lo cual recabaremos datos de identificación, datos personales sensibles en términos de la ley antes referida y datos financieros y patrimoniales. Para consultar el aviso de privacidad completo, por favor ingrese a www.cardif.com.mx



Nota: La Documentación deberá ser entregada en la agencia donde le otorgaron el crédito al cliente.

Consentimiento

Por este medio autorizo a Cardif para tratar y en su caso transferir los datos personales, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para realizar encuestas de satisfacción respecto de los servicios proporcionados por Cardif.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Cardif y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad

Contacto Tel: 800-522-0983

Nombre y Firma

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Documentación Requerida para Atención de Siniestros

1. Formato de declaración de siniestro proporcionado por la compañía aseguradora.
2. Identificación oficial vigente.
3. Certificado individual de la póliza *(En caso de contar con este).
4. Copia simple legible de comprobante de domicilio cuya antigüedad no sea mayor a 3 meses.
5. Copia simple legible del Dictamen de la Aseguradora Primaria que determinó la pérdida total del vehículo.
6. Copia simple legible de la factura del vehículo asegurado.
7. Copia simple legible del contrato de financiamiento del vehículo, en su caso. Copia del estado de cuenta del financiamiento del vehículo al momento de la ocurrencia del Evento.

Para personas Morales, además de los documentos citados arriba, es necesario se presente la siguiente información:

1. Copia simple legible del Acta Constitutiva (Es necesario que todo el documento este completo en todas sus páginas y sellos sean legibles).
2. Copia certificada para cotejo y copia simple legible del representante legal.
3. Copia simple legible del RFC de la compañía.
4. Original para cotejo y copia simple de una Identificación Oficial del representante legal.
5. Copia simple legible de comprobante de domicilio cuya antigüedad no sea mayor a 3 meses.

Reclamante:

☐ Asegurado ☐ Beneficiario

Tipo de Reclamación:

☐ Inicial ☐ Complemento

Fecha de Reclamación: / /

Asegurado y/o Contratante

Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Dirección Calle y Número		Colonia		Estado o Entidad Federativa	
C.P.	Delegación o Municipio	Nacionalidad	País de Nacimiento	Póliza	
Fecha de Nacimiento	Teléfono de Contacto	Celular	Correo Electrónico		
RFC / CURP (Opcional)		FIEL (Opcional)		Ocupación	

Beneficiario

Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Dirección Calle y Número		Colonia		Estado o Entidad Federativa	
C.P.	Delegación o Municipio	Nacionalidad	País de Nacimiento		
Fecha de Nacimiento	Teléfono de Contacto	Celular	Correo electrónico		
RFC / CURP (Opcional)		FIEL (Opcional)		Ocupación	

Cobertura Reclamada

☐ Fallecimiento ☐ Desempleo Involuntario ☐ Incapacidad Total Temporal ☐ Invalidez Total y Permanente

Con la firma del presente documento acepto que, en caso de ser procedente la reclamación antes descrita, el pago correspondiente sea realizado por la Compañía por medio de transferencia bancaria antes señalada, de la cual declaro ser titular o cotitular firmando en ella de forma independiente (no mancomunada);, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, por lo cual, una vez realizado el cobro reconozco y acepto que Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. ha cumplido con su obligación de pago derivada del presente reclamo y conforme a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, por lo que, en este acto, otorgo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho exista, no reservándome acción o derecho alguno en contra de Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.

"A fin de realizar el pago por transferencia, es necesario que anexe al presente formato, copia del estado de cuenta donde se refleje el número de cuenta y cuenta CLABE antes señalado."

Firma del Beneficiario

Fecha de Evento o Siniestro

Vigencia de Certificado de la Póliza

Fecha Inicio vigencia

Fecha Término de vigencia

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Declaro que la información aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo. En términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro acepto que la compañía tendrá derecho de exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.

Datos para la indemnización de su reclamo por medio de Transferencia

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO

NÚMERO DE CUENTA

CLABE

Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros de Vida S.A. de C.V., ubicada en Avenida Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México, le informa que es la responsable del tratamiento y protección de sus datos personales y datos personales financieros, los cuales son recabados para cumplir identificarlo como cliente/beneficiario..

Para mayor información sobre el tratamiento de sus datos personales y ejercicio de sus derechos, conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento, usted puede acceder a www.cardif.com.mx a la sección Aviso de Privacidad."

Nota: La Documentación deberá ser enviada a Mesa de Control

Horario de recepción de documentación de Siniestros:
08:30 a 18:30 hrs. de Lunes a Jueves / Viernes de 08:30 a 14:30

Contacto Tel: 55 4123 0400 y 800 522 0983



Ejército Nacional 453, piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México

Consentimiento

Por este medio autorizo a Cardif para tratar y en su caso transferir los datos personales, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para realizar encuestas de satisfacción respecto de los servicios proporcionados por Cardif.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Cardif y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad

Nombre y Firma

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Documentación Requerida para Atención de Siniestros

Nota: En todos los casos de reclamación es necesario anexar al presente formato:

- 1.- INE, Pasaporte y/o Cédula Profesional, Vigente del asegurado y beneficiarios (En caso de ser extranjero FM2 o 3)
- 2.- Último comprobante de pago de la póliza *(En caso de contar con esta)
- 3.- Certificado o carátula de la póliza *(En caso de contar con este)
- 4.- Comprobante de Domicilio, de igual manera para el (los) beneficiario (s) (Con antigüedad no mayor a 3 Meses)

Documentos requeridos adicionalmente (según el caso para cada cobertura)

FALLECIMIENTO

- ☐ Original y copia certificada del acta de defunción del asegurado.
- ☐ Copia del certificado de defunción del asegurado.
- ☐ Copia de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya ocurrido de forma violenta.
- ☐ Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado, si no se ha comprobado previamente el edad del mismo.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- ☐ Original y copia certificada del dictamen de Invalidez Total y Permanente, expedido por una institución de Seguridad Social o en su defecto, por un médico que cuente con cédula profesional emitida por la dirección general de profesiones de la Secretaría de Educación Pública, (en el entendido de que el médico que emite el dictamen médico no podrá ser familiar del Asegurado) acompañado de los elementos probatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplen las características especificadas en la definición y en la descripción de la cobertura de Invalidez Total y Permanente.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

- ☐ A efecto de acreditar la relación laboral, la cual deberá ser de al menos 6 (seis) meses ininterrumpidos de antigüedad a la fecha de la reclamación de la indemnización por esta cobertura, alguno de los siguientes documentos: (1) copia del contrato laboral por tiempo indeterminado; (2) copia certificada de laudo arbitral que acredite la relación laboral; (3) copia de los últimos 6/12 recibos de nómina - según haya sido quincenales o mensuales - con numeración consecutiva, sustentada en estados de cuenta bancarios en los que se acrediten los depósitos al titular del recibo sin dependencia económica con otro empleador; (4) original de carta expedida por el patrón o empleador aceptando relación laboral.
- ☐ Para acreditar el despido injustificado, deberá presentarse original de cualquiera de los siguientes documentos: (1) comprobante de liquidación, (2) comprobante de finiquito donde se muestre la existencia de una indemnización, junto con los últimos 2 (dos) recibos o comprobantes de ingresos; (3) original de carta de patrón o empleador indicando el motivo de la separación; (4) copia certificada de la demanda respectiva presentada ante la junta de Conciliación y Arbitraje correspondiente.
- ☐ Estado de cuenta del crédito, el cual deberá estar al corriente de pago.
- ☐ En caso de ser aplicable (pago mensual) y una vez comprobado el estado de Desempleo Involuntario del Asegurado, para el pago de los siguientes pagos, el asegurado deberá acreditar a la Compañía, continuar desempleado, para ello deberá presentar en formato que al efecto determine la Compañía, acompañado de documento oficial que demuestre que no se encuentra cotizando en Instituto de Seguridad Social alguno.

DESEMPLEO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- ☐ Original de informe médico que sugiera la incapacidad total temporal (en el entendido de que el médico que emite el informe médico no podrá ser familiar del asegurado).
- ☐ Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados por interpretación (RX tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Incapacidad Total Temporal.

Formato de Reclamación - Siniestro Finiquito

Reclamante:

☐ Asegurado ☐ Beneficiario

Tipo de Reclamación:

☐ Inicial ☐ Complemento

Fecha de Reclamación:

 / /

Asegurado y/o Contratante

Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Dirección Calle y Número		Colonia		Estado o Entidad Federativa	
C.P.	Delegación o Municipio	Nacionalidad	País de Nacimiento	Póliza	
Fecha de Nacimiento	Teléfono	Celular	Correo Electrónico		
RFC / CURP (Opcional)		FIEL (Opcional)		Ocupación	

Beneficiario

Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Dirección Calle y Número		Colonia		Estado o Entidad Federativa	
C.P.	Delegación o Municipio	Nacionalidad	País de Nacimiento		
Fecha de Nacimiento	Teléfono	Celular	Correo electrónico		
RFC / CURP (Opcional)		FIEL (Opcional)		Ocupación	

Cobertura Reclamada

Valor Factura ("Return to invoice (RTI)") ☐

Deducible Valor Factura ☐

Describe como ocurrió el Siniestro

Firma del Asegurado y/o Beneficiario

Fecha de Siniestro:

 / /
Vigencia de Certificado, Póliza y/o Contrato

Fecha Inicio vigencia

Fecha Término de vigencia

 / /
 / /

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Declaro que la información aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo. En términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro acepto que la compañía tendrá derecho de exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.

Datos para la indemnización de su reclamo

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO

NÚMERO DE CUENTA
CLABE
SUCURSAL
BANCO

Nota:- Será necesario llenar un formato por cada beneficiario designado.

En caso de ser procedente el presente reclamo, es mi deseo que el importe correspondiente sea depositado en la cuenta bancaria antes señalada, de la cual declaro ser titular o cotitular firmando en ella de forma independiente (no mancomunada); por lo que habiendo cumplido Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V. con la obligación de pago derivada del presente reclamo y conforme a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama, en este acto, otorgo el finiquito más amplio y absoluto que en derecho exista, no reservándome acción o derecho alguno que ejercer en contra de Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V.

"A fin de realizar el pago correspondiente, es necesario que anexe al presente formato, copia del estado de cuenta donde se refleje el número de cuenta y cuenta clabe antes señalado"

Aviso de Privacidad

Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V., (en lo sucesivo y conjuntamente "Cardif"), con domicilio en Avenida Ejercito Nacional 453 piso 10, colonia Granada, C.P. 11520, Ciudad de México, le informa que los datos personales recabados, serán protegidos de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás regulación aplicable.

El tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad, de forma enunciativa más no limitativa, de analizar las circunstancias relacionadas con el siniestro que se reclama, así como cumplir con las obligaciones legales que le deriven a Cardif, para lo cual recabaremos datos de identificación, datos personales sensibles en términos de la ley antes referida y datos financieros y patrimoniales. Para consultar el aviso de privacidad completo, por favor ingrese a www.cardif.com.mx



Nota: La Documentación deberá ser entregada en la agencia donde le otorgaron el crédito al cliente.

Consentimiento

Por este medio autorizo a Cardif para tratar y en su caso transferir los datos personales, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para realizar encuestas de satisfacción respecto de los servicios proporcionados por Cardif.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Cardif y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad

Contacto Tel: 800-522-0983

Nombre y Firma

(La firma autógrafa debe corresponder con su identificación oficial)

Documentación Requerida para Atención de Siniestros

1. Formato de declaración de siniestro proporcionado por la compañía aseguradora.
2. Identificación oficial vigente.
3. Certificado individual de la póliza *(En caso de contar con este).
4. Copia simple legible de comprobante de domicilio cuya antigüedad no sea mayor a 3 meses.
5. Copia simple legible del Dictamen de la Aseguradora Primaria que determinó la pérdida total del vehículo.
6. Copia simple legible de la factura del vehículo asegurado.
7. Copia simple legible del contrato de financiamiento del vehículo, en su caso. Copia del estado de cuenta del financiamiento del vehículo al momento de la ocurrencia del Evento.

Para personas Morales, además de los documentos citados arriba, es necesario se presente la siguiente información:

1. Copia simple legible del Acta Constitutiva (Es necesario que todo el documento este completo en todas sus páginas y sellos sean legibles).
2. Copia certificada para cotejo y copia simple legible del representante legal.
3. Copia simple legible del RFC de la compañía.
4. Original para cotejo y copia simple de una Identificación Oficial del representante legal.
5. Copia simple legible de comprobante de domicilio cuya antigüedad no sea mayor a 3 meses.