

CHECKLIST RECLAMACIONES VIDA

1. **Consentimiento de Zurich Vida** original firmado por el asegurado.
2. **Declaración 1 Vida 2020:**
 - Debe ser llenado por cada uno de los beneficiarios, manifestados en el consentimiento
3. **Acta de Defunción del titular asegurado** (original o copia certificada)
4. **Acta de Nacimiento del titular asegurado** (original o copia certificada)
5. **Acta de nacimiento** de cada uno de los beneficiarios manifestados en el consentimiento (original o copia certificada)
6. **Acta de matrimonio o concubinato** en caso de que el beneficiario sea el cónyuge (original o copia certificada)
7. **COPIA** por ambos lados de la **identificación oficial del titular asegurado** (credencial del IFE, pasaporte o cartilla)
 - Visible, legible y actualizada, en donde se aprecien con toda claridad sus rasgos faciales
8. **COPIA** por ambos lados de la **identificación oficial** de cada uno del (los) beneficiario manifestados en el consentimiento (credencial del IFE, pasaporte o cartilla).
 - Visible, legible y actualizada, en donde se aprecien con toda claridad sus rasgos faciales
9. En caso de muerte accidental anexar **Actuaciones del ministerio público**, incluyendo:
 - Inspección ministerial del lugar de los hechos, identificación del cadáver, declaraciones testimoniales, necropsia, exámenes químico-toxicológicos y dictamen final.
10. **Últimos recibos de nómina**, en caso de que la suma asegurada se calcule en base a su salario diario
11. **COPIA** de alta y baja al seguro social, así como la última modificación al salario en caso de que aplique
12. **Formato Identificación de Clientes al Siniestro - Art. 492**, por cada uno de los beneficiaries
 - En apartado "Número de identificación / folio" colocar IDMEX de la INE)
13. **Comprobante de domicilio** de cada uno de los beneficiarios no mayor a 3 meses.
14. **Estados de cuenta bancario** con cuenta CLABE vigente no mayor a 3 meses.
15. **Formato para solicitud de pago-finiquito, por transferencia bancaria de Vida, Accidentes y/o Enfermedades**
 - Por cada uno de los beneficiarios.
 - Debe coincidir la cuenta CLABE del estado bancario proporcionado

EMAIL:

CONTACTO@
URRETASEGUROS.MX

TEL:

(222) 231 6703
/ 01 800 347 8578

@URRETASEGUROS   

DIR:

PASEO SINFONÍA 3 EDIFICIO D
INT. 404 LOMAS DE ANGELÓPOLIS II
SAN ANDRÉS CHOLULA, PUE.
C.P. 72830

urreta

ASESORES DE SEGUROS



URRETASEGUROS
.MX

MX-2026

Lo que

decides

nos importa

TRAVEL
ASSISTANCE:

ACTIVE