

# GUÍA DE USO

PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO  
PROTECCIÓN MINIPAGOS



PROTECCIÓN  
MINIPAGOS

CENTRO DE SEGUROS |  Suburbia®

 AIG

 GNP®  
SEGUROS



## Protección Minipagos

En la siguiente tabla, puedes identificar las coberturas con las que cuentas.

### **BENEFICIOS**

SALDO DEUDOR

GASTOS FUNERARIOS O FALLECIMIENTO

MUERTE ACCIDENTAL

### **ASISTENCIAS**

APOYO POR FRACTURA DE HUESOS

ASISTENCIA POR ROBO Y ASALTO

APOYO EN LA COMPRA DE MEDICAMENTOS

Se pagará la Suma Asegurada que menciona la carátula de la póliza. Te sugerimos revisar las Condiciones Generales.

# DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO

A continuación, se enlistan los documentos que se requieren para iniciar el **trámite de tu siniestro**. Es importante que los siguientes documentos sean legibles, te sugerimos presentar los originales en el Centro de Seguros.

PROTECCIÓN MINIPAGOS			
Documentos	Saldo Deudor	Gastos Funerarios o Fallecimiento	Muerte Accidental
1. Formato carta de reclamación.	✓	✓	✓
2. Acta de nacimiento del Asegurado.		✓	✓
3. Acta de defunción del Asegurado.	✓	✓	✓
4. Hoja de aceptación con designación de beneficiarios.		✓	✓
5. Formato de identificación del cliente.		✓	✓
6. Identificación oficial vigente del Asegurado.		✓	✓
7. Identificación oficial vigente del(los) Beneficiario(s).		✓	✓
8. Estado de cuenta bancario del Beneficiario con CLABE interbancaria de 18 dígitos con vigencia máxima de 3 meses.		✓	✓
9. Actuaciones completas del Ministerio Público que incluyan: Averiguación previa, identificación y fe del cadáver, autopsia o necropsia de ley, examen toxicológico, prueba de rodizonato de sodio, alcoholemia y conclusiones. En caso de accidente automovilístico, la parte de tránsito.			✓
10. Estado de cuenta Suburbia que muestre el Saldo Deudor a la fecha del fallecimiento.	✓		

# DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE ASISTENCIAS

APOYO POR FRACTURA DE HUESOS		
Documentos del Titular	AIG	GNP
1. Formato carta de reclamación.	✓	
2. Identificación oficial vigente del Asegurado.	✓	✓
3. Acta de nacimiento (en caso de que el afectado sea un hijo del Titular).	✓	✓
4. Acta de matrimonio o constancia de concubinato (en caso de que el afectado sea concubino o cónyuge del Titular).	✓	✓
5. Formato de identificación del cliente.	✓	
6. Informe médico debe incluir: Diagnóstico, interpretación de estudios de imagen (RX, RM, TAC), tratamiento y hallazgos, compartir imagen donde se vea la fractura.	✓	✓
7. Estado de cuenta bancario con CLABE interbancaria de 18 dígitos con vigencia máxima de 3 meses.	✓	✓

ASISTENCIA POR ROBO Y ASALTO		
Documentos del Titular	AIG	GNP
1. Identificación oficial vigente del Asegurado.	✓	✓
2. Acta de Denuncia ante el MP que incluya: la fecha del evento y una narración detallada de los hechos, especificando el robo.	✓	✓
3. Estado de cuenta bancario con CLABE interbancaria de 18 dígitos con vigencia máxima de 3 meses.	✓	✓

# DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE ASISTENCIAS

APOYO EN LA COMPRA DE MEDICAMENTOS		
Documentos del Titular	AIG	GNP
1. Identificación oficial vigente del Asegurado.	✓	✓
2. Receta médica.	✓	✓
3. Ticket de compra de los medicamentos.	✓	✓
4. Estado de cuenta bancario con CLABE interbancaria de 18 dígitos con vigencia máxima de 3 meses.	✓	✓

Nota: La documentación inicial entregada es enunciativa más no limitativa, por lo que la aseguradora podrá solicitar documentación adicional si así lo requiere para generar su dictamen.



Da clic aquí para descargar los formatos de AIG



Da clic aquí para descargar los formatos de GNP

# LO QUE DEBES SABER SOBRE TU TRÁMITE DE RECLAMACIÓN

Estos son los puntos importantes que debes conocer antes de iniciar el trámite de tu siniestro:



Para iniciar el trámite es necesario contar con el expediente completo; esto no garantiza el pago de la Suma Asegurada, ya que la aseguradora es la que emite la respuesta final.



La documentación inicial entregada es enunciativa, mas no limitativa, por lo que la aseguradora podrá solicitar documentación adicional si así lo requiere para generar su dictamen.



Esta póliza no cubre padecimientos preexistentes. Se entenderá por padecimientos o enfermedades preexistentes a aquellas que por sus signos y/o síntomas o fecha de diagnóstico se presentaron antes del inicio de la contratación de la póliza.



Es importante verificar en la carátula de tu póliza los siguientes puntos:  
-Fecha de inicio de vigencia.  
-Coberturas contratadas.  
-Suma Asegurada de cada cobertura.

Consulta las condiciones generales [aquí](#).



Si tienes alguna duda con tu trámite, proceso o estatus te brindamos distintos medios de contacto:

**Teléfono:** 800 249 0332

**Whatsapp:** 55 5004 8000

**Horario:** de 9:00 a 21:00 horas de lunes a domingo

# IDENTIFICACIÓN OFICIAL

## ASEGURADO O BENEFICIARIO

(APLICA PARA TODAS LAS COBERTURAS)



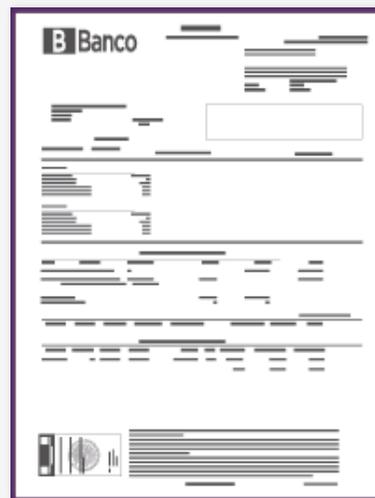
- La identificación oficial puede ser credencial para votar, pasaporte o cédula profesional.
- En caso de ser extranjero, presentar Matrícula Consular, FM2 o FM3.
- La identificación oficial debe estar vigente.
- Verifica la vigencia de tu credencial para votar en la lista nominal: <https://listanominal.ine.mx>

# ESTADO DE CUENTA BANCARIO

## ASEGURADO O BENEFICIARIO

(APLICA PARA TODAS LAS COBERTURAS)

- Vigencia máxima de 3 meses.
- Debe estar a nombre del Asegurado.
- Deberá contener: Nombre del banco, número de cuenta, CLABE interbancaria de 18 dígitos y fecha de emisión del documento.
- Validar con la institución bancaria que la cuenta se encuentre activa y pueda recibir depósitos de las Sumas Aseguradas contratadas.
- En caso de que tu estado de cuenta muestre algún número de tarjeta, este deberá cubrirse evitando visibilidad.



# ACTA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

(APLICA PARA LAS COBERTURAS GASTOS FUNERARIOS Y MUERTE ACCIDENTAL)

Formulario de Acta de Nacimiento del Asegurado. El documento tiene un encabezado con el escudo de México y el texto "ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ACTA DE NACIMIENTO". Incluye secciones para "DATOS DEL REGISTRADO" y "DATOS DE LOS PADRES", con líneas para escribir la información. En la parte inferior, hay un espacio para la firma y un código de barras con el número "4698360".

- Puedes obtener este documento en el Registro Civil o Kiosco de Tesorería.
- Debe tener nombre completo y correcto del Asegurado.
- La autoridad competente para certificar el acta de nacimiento es el Notario Público, quien deberá colocar en el documento el sello oficial, holograma, así como su nombre y firma.
- Si es un acta digital, deberás entregar además la validación electrónica que obtienes ingresando a la liga de consulta que se indica en el mismo documento.

---

# ACTA DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO

(APLICA PARA LAS COBERTURAS SALDO DEUDOR, GASTOS FUNERARIOS Y MUERTE ACCIDENTAL)

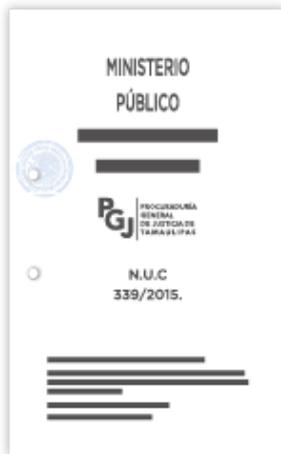
- Puedes obtener este documento en el Registro Civil o Kiosco de Tesorería.
- Debe tener el nombre completo y correcto del Asegurado, fecha de defunción y causas de fallecimiento.
- La autoridad competente para certificar el acta de nacimiento es el Notario Público, quien deberá colocar en el documento el sello oficial, holograma, así como su nombre y firma.
- Si es un acta digital, deberás entregar además la validación electrónica que obtienes ingresando a la liga de consulta que se indica en el mismo documento.

Formulario de Acta de Defunción del Asegurado. El documento tiene un encabezado con el escudo de México y el texto "ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ACTA DE DEFUNCIÓN". Incluye secciones para "DATOS DEL FALLECIDO" y "DATOS DEL FALLECIMIENTO", con líneas para escribir la información. En la parte inferior, hay un espacio para la firma y un código de barras con el número "5002280".

# ACTUACIONES DEL MINISTERIO PÚBLICO

## ASEGURADO

(APLICA PARA LA COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL)



- Este documento se obtiene en el Ministerio Público que lleva el caso.
- Debe contener averiguación previa:
  - Fe de lugar
  - Fe de ropas
  - Fe de lesiones
  - Levantamiento del cadáver
  - Identificación del cadáver
  - Declaración de testigos presenciales
  - Autopsia o necropsia de ley
  - Examen toxicológico
  - Examen de alcoholemia
  - Prueba de rodizonato de sodio
  - Conclusiones
  - Parte de tránsito en caso de ser un accidente automovilístico
- Para su validez debe estar sellada, firmada y cada página enumerada, al final debe decir el total de páginas que conforman el acta.
- Debes solicitar la copia certificada en el Ministerio Público.

# FORMATO CARTA RECLAMACIÓN

## BENEFICIARIO

(APLICA PARA LAS COBERTURAS Y ASISTENCIAS DE AIG)

- El formato debe ser legible y llenado en su totalidad con letra de molde o a máquina.
- No puede contener abreviaturas, tachaduras ni enmendaduras.



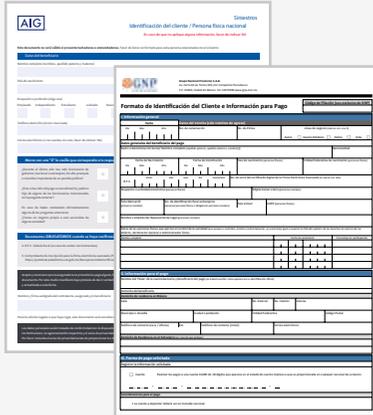
Da clic aquí para descargar el formato

The image is a screenshot of a claim form from AIG Seguros. The header includes the AIG logo and the text 'Este reclamo es para Accidentes personales'. Below the header, there are several sections for personal information, including 'Datos de identificación personal', 'Datos de contacto', and 'Datos de la póliza'. There are also checkboxes for '¿Es un reclamante?' and '¿Es un beneficiario?'. The form is filled with text, and there are some redaction marks. At the bottom, there is a section for 'Datos de la reclamación' and a signature line.

# FORMATO IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

## BENEFICIARIO

(APLICA PARA LAS COBERTURAS GASTOS FUNERARIOS Y MUERTE ACCIDENTAL)



- Aplica para ambas aseguradoras.
- El formato debe ser legible y llenado en su totalidad con letra de molde o a máquina.
- No puede contener abreviaturas, tachaduras ni enmendaduras.



Da clic aquí para descargar los formatos de AIG



Da clic aquí para descargar los formatos de GNP

# HOJA DE ACEPTACIÓN

## ASEGURADO

(APLICA PARA LAS COBERTURAS GASTOS FUNERARIOS Y MUERTE ACCIDENTAL)

- Este documento fue proporcionado al momento de obtener el crédito.

Cobertura	Beneficio	Detalle
Indemnización por gastos funerarios**	\$20,000	Asigna en la compra de medicamentos (familia)**
Indemnización***	-----	Médico y diagnóstico (familia)**
Muerte accidental	\$40,000	Talento/obra familiar**
-----	-----	Diferenciales hospitalarios, medicina, radiación y psicológicos
Salud dental****	hasta \$5,000	-----
-----	-----	Asistencia por riego y eslabo
Apoyo por facturas de servicios**	\$5,000 por mes	-----
-----	-----	Red de descuentos
-----	-----	-----
-----	-----	Asistencia funeraria
-----	-----	-----
-----	-----	Asistencia hospitalaria**
-----	-----	-----

**Datos del Asegurado**

Numero de cuenta (8 dígitos) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del titular \_\_\_\_\_

**Designación inicial de Beneficiarios del Seguro**

Para efectos de la cobertura de fallecimiento y muerte accidental se designa a los siguientes beneficiarios:

\*El caso de eventual cambio de beneficiarios o porcentaje, acudir al Centro de Seguros ubicado en el área de Servicio al Cliente de la rama de su preferencia.

\*\*El Seguro será válido únicamente si la Hoja de Aceptación es firmada y autorizada por el Titular del Crédito.

Nombre de beneficiario \_\_\_\_\_

Porcentaje \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Firma digital \_\_\_\_\_ Para solicitar alguna información o generar información adicional de tus beneficios llama al 800 952 6464

La Protección Minipagos se actualizó al momento de la primera compra realizada con tu crédito Minipagos.  
 \*\*Una cobertura con un monto máximo por día de \$100,000 por día y un límite máximo por familia de \$1,000,000 por familia.  
 \*\*\*La cobertura con un monto máximo por día de \$100,000 por día y un límite máximo por familia de \$1,000,000 por familia.  
 \*\*\*\*La cobertura con un monto máximo por día de \$100,000 por día y un límite máximo por familia de \$1,000,000 por familia.  
 \*\*\*\*\*La cobertura con un monto máximo por día de \$100,000 por día y un límite máximo por familia de \$1,000,000 por familia.  
 \*\*\*\*\*La cobertura con un monto máximo por día de \$100,000 por día y un límite máximo por familia de \$1,000,000 por familia.  
 \*\*\*\*\*La cobertura con un monto máximo por día de \$100,000 por día y un límite máximo por familia de \$1,000,000 por familia.

# INFORME MÉDICO

(APLICA PARA EL APOYO POR FRACTURA DE HUESOS)



- Este documento debe ser elaborado por el médico tratante en hoja membretada y contener nombre, firma, teléfono y cédula profesional.
- Debe contener: exploración física, diagnóstico, interpretación de estudios de imagen (RX, resonancia magnética, TAC), tratamiento y hallazgos.
- Imágenes de los estudios en donde se muestre la fractura.

# ACTA DE NACIMIENTO

(APLICA PARA EL APOYO POR FRACTURA DE HUESOS)

- Este documento deberá entregarse en caso de que el afectado sea un hijo del Titular.
- Puedes obtener este documento en el Registro Civil o Kiosco de Tesorería.
- Si es un Acta Digital, deberás entregar además la validación electrónica que obtienes ingresando a la liga de consulta que se indica en el mismo documento.



# ACTA DE MATRIMONIO O CONSTANCIA DE CONCUBINATO

(APLICA PARA EL APOYO POR FRACTURA DE HUESOS)



- Este documento deberá entregarse en caso de que el afectado sea el cónyuge o concubino del Titular.
- Puedes obtener este documento en el Registro Civil o Kiosco de Tesorería.
- Si es un acta digital, deberás entregar además la validación electrónica que obtienes ingresando a la liga de consulta que se indica en el mismo documento.

# ACTA DE DENUNCIA

(APLICA PARA LA ASISTENCIA POR ROBO O ASALTO)

- Este documento lo obtienes en el Ministerio Público. Deberá contener:
  - La narración detallada de cómo ocurrieron los hechos.
  - La fecha y lugar del suceso.
- El acta tiene que ser en original o copia certificada y debe contar con nombre, sello y firma del agente del Ministerio Público.
- Si el acta del Ministerio Público es digital, deberás realizar la ratificación, incluyendo la firma electrónica, sello digital o código QR.
- La imagen presentada es de referencia y puede variar de un estado a otro.



# RECETA MÉDICA

(APLICA PARA EL APOYO EN LA COMPRA DE MEDICAMENTOS)



- Debe contener:
  - Membrete
  - Nombre del Asegurado Titular (paciente)
  - Fecha y lugar de la prescripción
  - Nombre de los medicamentos
  - Datos del médico: Nombre, cédula profesional y firma



# GLOSARIO

**Titular:** Es la persona que contrata el Seguro de Desempleo.

**Asegurado:** toda persona física que queda amparada en el seguro.

**Asegurado Titular:** es el Asegurado que ha contratado el seguro y que representa a sus dependientes económicos.

**Aseguradora:** AIG Seguros México S.A. de C.V. // Grupo Nacional Provincial S.A.B.

**Enfermedad:** condición física caracterizada por una desviación patológica del estado saludable normal.

**Fractura de hueso:** pérdida de continuidad de la estructura ósea.

**Médico:** persona calificada que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

**Preexistente:** es aquella afección o patología, que antes del inicio de la vigencia de la póliza:

- a) Fue diagnosticada por un médico
- b) Provocó un gasto
- c) Fue aparente a la vista
- d) Fue de las que, por sus síntomas o signos, no pudieron pasar desapercibidas

## AVISO DE PRIVACIDAD SUBURBIA

IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE: Suburbia, TD S.A. de C.V., Liverpool PC S.A. de C.V. y Suburbia, S. de R.L. de C.V. (conjuntamente o cada uno de ellos en lo individual como el "Responsable"), con domicilio en calle Mario Pani, número 200, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Delegación Cuajimalpa, Código Postal 05348, Ciudad de México. II. FINALIDADES: Los datos personales que se obtengan por los diversos canales (verbal, escrito, o través de medios electrónicos), serán utilizados para realizar las siguientes finalidades que son necesarias para otorgarles los servicios adquiridos: verificar su identidad e información; integrar su expediente; actualizar nuestra base de datos; analizar su capacidad y calificación crediticia para la contratación de una línea de crédito; gestionar pagos derivados de su crédito; prestar los servicios y llevar a cabo la compra y venta de productos solicitados (incluyendo sin limitar tiendas e internet); entregarle en tienda y/o a domicilio de sus productos, informarle y/o contactarle, respecto al estatus de sus compras de bienes y/o servicios, la devolución y/o cambio de productos, la emisión de facturas, la contratación de seguros, cumplir con la normatividad aplicable y requerimientos de las autoridades con base en Ley y atender sus dudas, quejas y sugerencias como cliente. Adicionalmente, su información personal podrá ser utilizada para informarle sobre nuestras ofertas, promociones y encuestas respecto a nuestros productos y/o servicios, prospección comercial y fines estadísticos e históricos. III LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES: Si desea limitar el uso o divulgación de sus datos personales, así como para dejar de recibir mensajes promocionales por parte del Responsable, deberá enviar un correo electrónico, dirigido a la Oficina de Privacidad a la siguiente dirección electrónica: HYPERLINK "mailto:datospersonales@suburbia.com.mx" datospersonales@suburbia.com.mx, donde podrá solicitar se le incluya en los listados de exclusión internos de no contactar para fines promocionales y mercadológicos. Asimismo, podrá inscribirse en el registro público para evitar publicidad de la Procuraduría Federal del Consumidor (REPEP), accediendo a la siguiente liga, <http://repep.profeco.gob.mx/>; IV. AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL: Para conocer nuestro aviso de privacidad integral, deberá acceder a la página de internet: <https://www.suburbia.com.mx> en el apartado de Avisos de Privacidad.

## AVISO DE PRIVACIDAD PROMASS

Con base en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, GRUPO PROMASS Y SUS FILIALES reconocen que la Privacidad y la Seguridad de su información personal es un derecho, por lo cual GRUPO PROMASS Y SUS FILIALES están comprometidos a resguardar su información personal con los más altos índices de seguridad legal, tecnológica y administrativa. Así mismo, a no vender, alquilar, compartir o divulgar su información personal a terceros con fines ilícitos o contrarios a los de su titular. De acuerdo a lo anterior, el presente "Aviso de Privacidad" se aplica a toda la información, incluyendo la información personal recopilada por GRUPO PROMASS, SUS FILIALES, así como terceros\* con los que GRUPO PROMASS Y SUS FILIALES, celebren o vayan a celebrar relación contractual, a efecto de brindar servicios personalizados, contando siempre con los mismos niveles de seguridad exigidos por ley. Por lo antes mencionado, y al momento de leer el presente "Aviso de Privacidad", usted otorga su consentimiento a GRUPO PROMASS Y SUS FILIALES para recopilar y utilizar sus datos personales para los fines que más adelante se especifican. Se entenderá que ha otorgado su consentimiento, si usted no manifiesta su oposición para que sus datos personales sean transferidos al presentarle el presente aviso de privacidad.

## AVISO DE PRIVACIDAD GNP

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o bien, llamando al 55 5227 9000.

## AVISO DE PRIVACIDAD AIG

Consulta el Aviso de Privacidad dando clic [aquí](#).