



COVID PROTECT COMPLETE

by INTERprotección

¿CÓMO COBRAR LA SUMA ASEGURADA?
Vida individual



Recuerda que podrás empezar a hacer uso del beneficio COVID PROTECT COMPLETE 15 días posteriores a la fecha de contratación, siempre y cuando no se presenten síntomas dentro de esos 15 días y no hayas sido diagnosticado con COVID-19 antes y durante ese periodo. Además de tener una hospitalización por COVID-19 mínima de 48 horas.

COBERTURA POR HOSPITALIZACIÓN:

1. Reunir la siguiente documentación:

1. Carátula de póliza original
2. Identificación oficial vigente (INE, IFE, Pasaporte, Cédula Profesional con foto y firma)
3. Original de Prueba médica confirmatoria SARS-CoV2 (COVID19)
(confirmado mediante prueba molecular de detección de material genético viral RT-vPCR en exudado faríngeo y nasofaríngeo) expedida por Institución Médica pública o privada autorizada por la Secretaría de Salud en donde le fue practicada y avalada por el Instituto de diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (InDRE).
 - a) En caso de que la prueba sea realizada en Institución Pública Cédula SISVER o SINOLAVE
 - b) En caso de que la prueba médica confirmatoria se haya realizado en un laboratorio privado anexar comprobante de pago CFDI (pdf y xlm) a nombre del Asegurado; de la prueba correspondiente
4. Hospitalización por diagnóstico Covid19 por mínimo 48 horas
 - a) Para la atención en Instituciones Públicas constancia o certificado (hoja de egreso hospitalario y/o alta hospitalaria) en hoja membretada y sellada por la Institución Médica Pública o Privada donde indique la atención médica por diagnóstico por Covid-19 por la atención hospitalaria de por lo menos 48 horas.
 - b) Para atención en Instituciones Privadas, expediente clínico detallado que acredite la duración de mínimo 48 horas de la estancia hospitalaria y el diagnóstico por Covid-19, así como CFDI (pdf y xlm) y estado de cuenta hospitalario.
5. Llenar, imprimir y firmar formato de reclamación persona física disponible en:
https://www.segurosargos.com/PDF/siniestros/Reclamacion_para_Pago_de_siniestros_PersonaFisica_0319.pdf
6. Requisar por el médico tratante formato de Informe Médico proporcionado por Seguros Argos, disponible en:
https://www.segurosargos.com/PDF/siniestros/TuSeguro/Informe_Medico.pdf
7. Estado de Cuenta bancario con una antigüedad no mayor a 3 meses (para efectos de la indemnización)
8. En caso de no indicar RFC con homoclave deberán enviar la Cédula de Identificación Fiscal (CIF)
9. Para hijos: Acta de Nacimiento
Para Cónyuge: Acta de Matrimonio
Para Concubino(a): Jurisdicción Voluntaria de acreditación de concubinato
Para Padres: Acta de Nacimiento del titular

*Si el domicilio de su identificación oficial es distinto al declarada en el formato de reclamación persona física, deberá anexar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses

2. Una vez que reunió la documentación completa, deberá enviarla en original a las oficinas de Seguros Argos ubicadas en: Tecoyotitla No. 412, Col. Exhacienda de Guadalupe Chimalistac, Ciudad de México, Alcaldía Álvaro Obregón, Código Postal 01050

Nota Importante: Sujeto a análisis y dictamen, aplican Condiciones Generales



FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA:

1. Reunir la siguiente documentación:

1. Carátula de póliza original
2. Acta de Defunción en original o copia certificada por el Registro Civil
3. Identificación oficial vigente del Asegurado y beneficiario(s) (INE, IFE, Pasaporte, Cédula Profesional con foto y firma)
4. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia fotostática)
5. Acta de Nacimiento del o los beneficiario(s) (copia fotostática)
6. En caso de que el beneficiario(a) sea cónyuge, acta de matrimonio
7. En caso de que el beneficiario(a) sea concubino(a) jurisdicción voluntaria emitida por autoridad judicial competente.
8. Llenar, imprimir y firmar formato de reclamación persona física disponible en:
https://www.segurosargos.com/PDF/siniestros/Reclamacion_para_Pago_de_siniestros_PersonaFisica_0319.pdf
9. Estado de Cuenta bancario con una antigüedad no mayor a 3 meses (para efectos de la indemnización)
10. En caso de no indicar RFC con homoclave en formato de reclamación, deberán enviar la Cédula de Identificación Fiscal (CIF)
11. En caso de que la póliza se encuentre en periodo de indisputabilidad deberá presentar expediente clínico completo.

*Si el domicilio de su identificación oficial es distinto a la declarada en el formato de reclamación persona física, deberá anexar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses

2. Una vez que reunió la documentación completa, deberá enviarla en original a las oficinas de Seguros Argos ubicadas en: Tecoyotitla No. 412, Col. Exhacienda de Guadalupe Chimalistac, Ciudad de México, Alcaldía Álvaro Obregón, Código Postal 01050

Nota Importante: Sujeto a análisis y dictamen, aplican Condiciones Generales



FALLECIMIENTO POR COVID19

1. Reunir la siguiente documentación:

1. Carátula de póliza original
2. Acta de Defunción en original o copia certificada por el Registro Civil
3. Prueba médica confirmatoria SARS-CoV2 (COVID19) (confirmado mediante prueba molecular de detección de material genético viral RT PCR en exudado faríngeo y nasofaríngeo) expedida por Institución Médica pública o privada autorizada por la Secretaría de Salud mediante el Instituto de diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (InDRE).
 - a) En caso de que la prueba sea realizada en Institución Pública Cédula SISVER o SINOLAVE
 - b) En caso de que la prueba médica confirmatoria se haya realizado en un laboratorio privado anexar comprobante de pago CFDI (pdf y xlm) a nombre del Asegurado; de la prueba correspondiente
4. Identificación oficial vigente del Asegurado y beneficiario(s) (INE, IFE, Pasaporte, Cédula Profesional con foto y firma)
5. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia fotostática)
6. Acta de Nacimiento del o los beneficiario(s) (copia fotostática)
7. En caso de que el beneficiario(a) sea cónyuge, acta de matrimonio
8. En caso de que el beneficiario(a) sea concubino(a) jurisdicción voluntaria emitida por autoridad judicial competente.
9. Llenar, imprimir y firmar formato de reclamación persona física disponible en:
https://www.segurosargos.com/PDF/siniestros/Reclamacion_para_Pago_de_siniestros_PersonaFisica_0319.pdf
10. Requisar por el médico tratante formato de Informe Médico proporcionado por Seguros Argos
https://www.segurosargos.com/PDF/siniestros/TuSeguro/Informe_Medico.pdf
11. Estado de Cuenta bancario con una antigüedad no mayor a 3 meses (para efectos de la indemnización)
12. En caso de no indicar RFC con homoclave deberán enviar la Cédula de Identificación Fiscal (CIF)
13. Para hijos: Acta de Nacimiento
Para cónyuge: Acta de Matrimonio
Para concubina(o): Jurisdicción Voluntaria de acreditación de concubinato
Para padres: Acta de nacimiento del titular

*Si el domicilio de su identificación oficial es distinto a la declarada en el formato de reclamación persona física, deberá anexar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses

2. Una vez que reunió la documentación completa, deberá enviarla en original a las oficinas de Seguros Argos ubicadas en: Tecoyotitla No. 412, Col. Exhacienda de Guadalupe Chimalistac, Ciudad de México, Alcaldía Álvaro Obregón, Código Postal 01050

Nota Importante: Sujeto a análisis y dictamen, aplican Condiciones Generales



INSTRUCTIVO DE ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN PARA LA RECLAMACIÓN DE SUMA ASEGURADA COVID PROTECT COMPLETE

1. Requisita el formato de Reclamación del pago de Siniestro persona física y Aviso de Accidente o Enfermedad (Aplica de acuerdo a cobertura que se reclame)
2. Recuerda que en la selección de “Forma de Pago” deberás elegir “Transferencia electrónica”.
3. Además, es muy importante que en el formato registres al menos un número de teléfono y tu correo electrónico para contacto.
4. Reúne la documentación indicada en el documento “¿Qué hacer en caso de siniestro?”
5. Coloca el o los formatos que requisitaste de acuerdo a la cobertura a reclamar y la documentación en un sobre cerrado.
6. Envíala directamente a través de, empresa especializada de paquetería a la dirección: Tecoyotitla 412, Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, C.P. 01050 Ciudad de México
7. Recorta y pega el talón de la opción seleccionada y envía el sobre cerrado.

