



Número(s) Póliza(s) _____

ESTE FORMATO DEBE SER REQUISITADO POR EL ASEGURADO BAJO EL CUAL SE PRESENTA FORMAL RECLAMACIÓN SOBRE LA(S) PÓLIZA(S) AQUÍ MENCIONADA(S)

■ DATOS DEL CONTRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Seleccione el(los) trámite(s) a realizar:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Invalidez Parcial y Permanente | <input type="checkbox"/> Pérdidas Orgánicas | <input type="checkbox"/> Cobertura de Cirugías |
| <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente | <input type="checkbox"/> Anticipo por Enfermedad Terminal | <input type="checkbox"/> Cobertura de Enfermedades Graves |
| <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Cobertura de Hospitalización | <input type="checkbox"/> Cobertura de Enfermedades Graves PLUS |

■ DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Fecha de Nacimiento

DDMM/AAAA

| | | | |
|---|---|---|------------------------|
| Edad | Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Lugar de Nacimiento | Nacionalidad |
| RFC (con Homoclave) | | CURP (Mexicanos) / No. de Pasaporte / FM2 - FM3 (Extranjeros) | |
| ¿Cuenta con FIEL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | FIEL (Certificado Digital) | |
| Régimen de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, etc.) | | Número de Afiliación | |
| Domicilio (Calle y Número) | | Colonia | Delegación / Municipio |
| Ciudad / Población | | Estado | Código Postal |
| Teléfono Casa | Teléfono Trabajo | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
| Ocupación | Nombre de la Empresa: | Actividad o Giro de la Empresa: | |

Describe brevemente las actividades laborales que realiza:

■ DATOS SOBRE EL PADECIMIENTO QUE RECLAMA

Causa del Padecimiento:

- Accidente Enfermedad

Fecha de inicio del accidente o enfermedad: DDMM/AAAA

Fecha en que consultó por primera vez a un médico debido al accidente o enfermedad: DDMM/AAAA

Diagnóstico sobre el accidente o enfermedad: _____

Describe la forma en que ocurrió el accidente o los signos y/o síntomas de la enfermedad:

La Compañía procederá al (los) pago(s) que se encuentre(n) cubierto(s) en el seguro celebrado, por lo cual no queda obligada por este documento a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la(s) Póliza(s) de Seguro. Queda expresamente convenido que al recibir la transferencia como indemnización por el medio indicado, el Asegurado del seguro otorga a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservando acción o derecho que ejercer en contra de la Aseguradora sea de naturaleza civil, penal o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de la reclamación presentada bajo el amparo de la(s) Póliza(s) de Seguro contratada(s). En caso de que se encuentre procedente la reclamación y se haya elegido la forma de pago por transferencia electrónica, el Asegurado está de acuerdo en que el (los) pago(s) de la reclamación se llevará(n) a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria aquí proporcionada.

Lugar _____ Fecha

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Firma _____

REPRESENTANTE DEBIDAMENTE ACREDITADO

Para efectos del trámite de la presente reclamación y en su caso del pago, será considerado como representante debidamente acreditando alguna de las siguientes personas:

Datos completos del Representante:

| | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------|------------------------|
| Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) | | Parentesco con el Asegurado: | |
| Domicilio (Calle y Número) | | Colonia | Delegación / Municipio |
| Ciudad / Población | | Estado | Código Postal |
| Teléfono Celular | | Correo Electrónico | |

AVISO DE PRIVACIDAD

Al firmar este documento, acepto que los datos personales que proporcione a través de este formato serán tratados por **Prudential Seguros México, S.A. de C.V.**, con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad integral visite <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/> Sección Aviso de Privacidad

Firma del Asegurado

En su caso, firma del representante debidamente acreditado.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 7 de enero de 2016 con el número CGEN-S0106-0003-2016/CONDUSEF-G-01454-001.