



No. Póliza \_\_\_\_\_

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

Yo \_\_\_\_\_ como Asegurado de la Póliza \_\_\_\_\_ solicito a Prudential Seguros México, S.A. d C.V., el pago del beneficio al que tengo derecho por haber llegado a termino la póliza con fecha de vencimiento \_\_\_\_\_, esto con base en las condiciones de la póliza anteriormente mencionada.

Devolución de primas     Sobrevivencia

En caso de que la póliza lo permita, requieres pago en:

Rentas     Una sola exhibición

Para lo cual otorgo mis datos personales:

#### ■ DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)			Fecha de Nacimiento		
			D   D   M   M   A   A   A   A		
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		

#### POR FAVOR LEE Y CONTESTA EL SIGUIENTE FORMULARIO:

Como Asegurado autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fui atendido, a que otorguen a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

