

No. de Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de reclamación del siniestro: \_\_\_\_\_ Fecha del siniestro: \_\_\_\_\_

Nombre de quien realiza la reclamación: \_\_\_\_\_ Celular y/o teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail del asegurado(a): \_\_\_\_\_ Agente o promotor: \_\_\_\_\_

E-mail del agente: \_\_\_\_\_ Nombre de la cirugía: \_\_\_\_\_

| DOCUMENTACIÓN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ORIGINAL | COPIA | OBSERVACIONES |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|---------------|
| 1             | Declaración del Médico tratante para trámite de Siniestro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |       |               |
| 2             | Declaración del Asegurado para trámite de Siniestro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |       |               |
| 3             | Identificación Oficial legible y <b>vigente</b> con firma y foto del asegurado. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Credencial para votar (INE).</li> <li>• Pasaporte mexicano.</li> <li>• Matrícula consular.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                       |          |       |               |
| 4             | Formato de FATCA del Asegurado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |       |               |
| 5             | Comprobante de domicilio legible no mayor a 3 meses de vigencia a la fecha de reclamación del siniestro. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobante de suministro de gas.</li> <li>• Comprobante de suministro de energía eléctrica.</li> <li>• Comprobante de suministro de servicio telefónico.</li> <li>• Comprobante de suministro de servicio de agua potable.</li> <li>• Comprobante de impuesto predial.</li> </ul> |          |       |               |
| 6             | Copia de CURP del asegurado.<br><b>Nota. No será necesario cuando este dato se encuentre en algún documento oficial vigente (ejemplo: Credencial para votar, pasaporte mexicano).</b>                                                                                                                                                                                                                                                |          |       |               |
| 7             | Copia del estado de cuenta bancario legible del asegurado no mayor a 3 meses de vigencia a la fecha de reclamación en caso de que requiera transferencia bancaria del pago.<br><b>Nota. Debe contener la cuenta bancaria a 18 dígitos.</b>                                                                                                                                                                                           |          |       |               |
| 8             | Historial clínico con el nombre completo del paciente elaborado por el médico tratante, indicando el número de cédula profesional y especialidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |       |               |
| 9             | Estudios de laboratorio y/o estudios de gabinete que amparen la cirugía.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |       |               |
| 10            | <b><u>Nota quirúrgica de la cirugía</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |       |               |
| 11            | En Hospital privado: Informe del médico o cirujano que realiza la cirugía y diagnostico que la motivó. Si fue atendido en cualquier otra institución de seguridad social: Formato (Hoja de Referencia y contra referencia). emitido por el IMSS, ISSTE o cualquier otra institución de seguridad social elaborado por el Médico tratante.                                                                                            |          |       |               |

**Importante:**

- Antes de enviar al área de Siniestros la documentación sellar o firmar de recibido.
- La Aseguradora podrá solicitar documentos adicionales cuando lo considere necesario, conforme al Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (LSCS).
- Todos los formatos deben completarse con letra legible, sin tachaduras ni enmendaduras. No se aceptan firmas digitales.
- La documentación debe escanearse a color, de manera individual, y cada archivo debe nombrarse según el documento correspondiente.
- En el caso donde aplique la entrega de copias, debe tener nombre, fecha, sello y/o firma de quien realiza el cotejo contra documento original.

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES DE PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO**

Los datos personales que proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Torre Carracci Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, quien es Responsable del tratamiento de sus datos personales. Los datos personales y, en su caso, los datos personales sensibles recabados serán tratados para las siguientes finalidades: (i) identificación, registro y contacto; (ii) evaluación del riesgo correspondiente; (iii) formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio; (iv) brindar atención y seguimiento, así como administrar, mantener o renovar el contrato de seguro, producto y/o servicio; (v) dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de las disposiciones legales aplicables; y (vi) envío de información con fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial para informarle sobre nuevos lanzamientos, productos, servicios o promociones. Para conocer más información sobre el tratamiento de sus datos personales, así como el ejercicio de sus derechos ARCO consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral disponible en <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>.

**Nombre, fecha y firma de quién recibe la documentación**

---