



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:

Estuvo Hospitalizado:

 Sí No Número de días _____

Le fue realizada alguna cirugía:

 Sí No

Cuáles estudios de laboratorio o RX le realizaron: _____

Hospital donde fue atendido: _____

 Mencione el tipo de cirugía realizada: _____

Médico(s) tratante(s) que consultó o ha consultado por su accidente o enfermedad:

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)	Cédula Profesional	Especialidad	Teléfono

POR FAVOR LEA Y CONTESTE EL SIGUIENTE FORMULARIO:

Acepto que Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en términos de la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de particulares puso a mi disposición su Aviso de Privacidad a través de su portal de internet www.prudentialeseguros.com.mx, y el cual declaro conocer y aceptar en sus términos.

Autorizo expresamente a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales, incluyendo la información financiera y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la salud de los titulares de los datos personales de conformidad con los términos de este consentimiento y el Aviso de Privacidad de Prudential Seguros México, S.A. de C.V.

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.

OPCIONES DE PAGO
 Cheque Transeferencia Electrónica

El Asegurado declara, bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el asegurado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depósitos que a favor de dicha cuenta ésta efectúe. (Favor de anexar copia de estado de cuenta).

Banco: _____

Número de Cuenta

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CLABE Interbancaria

 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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		

Firma del Asegurado

En su caso, firma del representante debidamente acreditado.