

ESTE FORMATO DEBE SER REQUISITADO POR EL (LOS) BENEFICIARIO(S) QUE PRESENTA(N) FORMAL RECLAMACIÓN SOBRE LA(S) PÓLIZA(S) AQUÍ MENCIONADA(S)
■ NOMBRE DEL CONTRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

■ DATOS DEL ASEGURADO

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 habitual anterior al fallecimiento (calle y número)	Colonia	Delegación / Municipio
---	---------	------------------------

Ciudad / Población	Estado	Código Postal
--------------------	--------	---------------

Ocupación habitual del Asegurado anterior al fallecimiento y Nombre o Razón Social del Patrón

Médico(s) que habitualmente trataba(n) al Asegurado

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

■ DATOS DEL FALLECIMIENTO

Causa por la que falleció el Asegurado

Lugar de fallecimiento:	Fecha de Fallecimiento	Hora
-------------------------	------------------------	------

¿En dónde falleció?	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/> Vía pública	<input type="checkbox"/> Carretera	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Hogar
---------------------	---	--------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

 Otro Especifique: _____

Si fue en hospital anote el nombre de la institución	Número de días hospitalizado
--	------------------------------

Agencia que inhumó	Fecha
--------------------	-------

Cementerio o lugar donde se encuentran los restos	Fecha
---	-------

■ INFORMACIÓN PARA CASOS DE MUERTE POR CAUSAS NO NATURALES

En caso que la muerte haya sido por causas no naturales (accidente, homicidio, suicidio, etc.)

Falleció en el lugar de los hechos Sí No

Se realizó autopsia Sí No En caso afirmativo indique la fecha

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

Breve descripción de los hechos:

Autoridad que tomó conocimiento de los hechos: _____

■ DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA MUERTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Cedula Profesional	
Domicilio (calle y número)	Colonia	Delegación / Municipio	
Ciudad / Población	Estado	Código Postal	
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

En caso que el médico que certificó la muerte no sea el médico tratante, explique la razón

Como beneficiario autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o establecimientos de salud donde fue atendido el Asegurado, a que otorguen a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud de éste, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso 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.

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(s). Queda expresamente convenido que al recibir la transferencia como indemnización por el medio indicado, el Beneficiario 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 póliza de seguro contratada. En caso de que se encuentre procedente la reclamación y se haya elegido la forma de Pago por transferencia electrónica, el interesado está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria aquí proporcionada.

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.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/Sección Aviso de Privacidad](https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/SecciónAviso%20de%20Privacidad)

Lugar _____

Fecha

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

Firma _____