

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
	<input type="checkbox"/> 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

Acepto que Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en términos de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP) puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, 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 de conformidad con los términos de este consentimiento y el Aviso de Privacidad de Prudential Seguros México, S.A. de C.V.

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.



■ DATOS Y FIRMA DEL BENEFICIARIO (PERSONA MORAL)

Denominación o Razón Social			Folio Mercantil		
Fecha de Constitución	Nombre completo del Representante Legal (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s))				
DDMM/AA/AA					
RFC de la Empresa			FIEL (certificado digital)		
Nacionalidad del Representante Legal			País de Nacimiento		
Actividad o Giro de la Empresa					
Teléfono Celular		Correo Electrónico			

Datos de la Escritura Pública donde se cuenta con el Poder

Número de Escritura:		Notario:		Fecha	
				DDMM/AA/AA	
Domicilio de la Empresa (calle y número)			Colonia		Delegación / Municipio
Ciudad / Población		Estado		Código Postal	País

Disposiciones de carácter general emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en materia de Prevención de lavado de dinero, financiamiento al terrorismo y detección de actividades de procedencia ilícita.

1.- Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones Sí No públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. (Personas Políticamente expuestos PEP)

En caso afirmativo describa el puesto:	Parentesco o vínculo:	Nacionalidad:

2.- ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí No
En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa

Como Beneficiario de la(s) póliza(s) _____ solicito que en caso de ser procedente la(s) reclamación(es) el pago se realice a través de:

OPCIONES DE PAGO

Cheque Transeferencia Electrónica

El Beneficiario 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 Beneficiario libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depositos 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(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.

Lugar _____

Fecha | D | D | M | M | A | A | A | A |

Firma _____